

Trabajo Fin de Grado

Programa de intervención para abordar la salud mental
infanto juvenil en relación al riesgo y vulnerabilidad social

Intervention's program to approach children and youth
mental health in relation to risk and social vulnerability

Autoras

Irene Abizanda Bellosta

Candela Sauras Tris

Directora

Eva María Garcés Trullenque

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	7
1.1. Justificación	8
2. METODOLOGÍA	8
2.1 Técnicas y fuentes de información	8
3. FUNDAMENTACIÓN	9
3.1 Marco teórico de referencia	10
3.1.1 Riesgo social	10
3.1.2 Vulnerabilidad social	11
3.1.3 Niño/a o menor	11
3.1.4 Familia	11
3.1.5 Salud mental	12
3.1.6 Salud Mental Infanto Juvenil	13
3.1.7 Infancia	14
3.1.8 Infancia Vulnerable	14
3.1.9 Calidad de vida	15
3.2 Necesidades sociales, estrategias de intervención y pertinencia del programa	15
3.2.1 Nuevos conceptos de familia	15
3.2.2 La asistencia sanitaria en salud mental infanto juvenil en la Comunidad Autónoma de Aragón	16
3.2.3 Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil (USMIJ)	17
3.2.4 Relación con el modelo comunitario y trabajo en red	18
3.2.5 Aproximación al Trabajo Social como profesión de ayuda	20
3.3 Marco Normativo	21
3.3.1 Nivel internacional	21
3.3.2 Nivel estatal	21
3.3.3 Nivel autonómico	22
3.4 Análisis del contexto	22
4. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	23
4.1 Presentación del programa	23
4.2 Fundamentación	24
4.2.1 Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil Inocencio Jiménez	24
4.2.2 Centro Municipal de Servicios Sociales Delicias	25
	3

4.3 Presentación del programa a las instituciones	26
4.4 Marco institucional	26
4.5 Destinatarios/población	27
4.6 Ámbito geográfico/localización	29
4.7 Temporalización	31
4.8 Organización de la coordinación	32
4.8.1 Reuniones y comunicación	33
4.8.2 Evaluación de los principales riesgos sociales y necesidades	34
4.8.3. Coordinación con otras instituciones	35
4.9 Objetivos del programa	36
4.10 Principios y valores del programa	36
4.11 Metodología del programa	37
4.12 Evaluación general del programa	39
4.12.1 Evaluación de la estructura	39
4.12.2 Evaluación de las actividades	39
4.12.3 Evaluación de los resultados de la asistencia	39
4.13 Indicadores de evaluación	39
4.13.1. Indicadores cuantitativos	39
4.13.2 Indicadores cualitativos	40
4.13.3 Principales variables	41
4.13.4 Presentación de la evaluación a las instituciones	42
4.14 Recursos	42
4.14.1. Recursos Humanos	42
4.14.2 Recursos Materiales	43
4.15 Presupuesto y fuentes de financiación	43
CONCLUSIONES	47
BIBLIOGRAFÍA	48
ANEXOS	54
Anexo 1: Contacto y localización de los colegios e institutos del barrio Delicias	54
1.1 Colegios públicos	54
1.2 Colegios concertados	55
1.3 Institutos públicos	55
Anexo 2: Metodología diseñada para el programa de intervención	57

2.1 Acta de reunión	57
2.2 Ficha de ingreso	59
2.3 Instrumento de evaluación de los principales riesgos sociales y necesidades	61
2.4 Diagnóstico y plan de intervención	67
2.5 Seguimiento de la intervención	70
2.6 Informe de alta	71
2.7 Compromiso de Secreto Profesional y Confidencialidad	73
2.8 Encuesta de evaluación para padres/madres y/o tutores	75
2.9 Encuesta de evaluación para niños y niñas	77

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Organigrama de los profesionales de la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil Inocencio Jiménez	27
Ilustración 2: Programas y profesionales del C.M.S.S Delicias vinculados al programa.....	28
Ilustración 3: Flujo de destinatarios	29
Ilustración 4: Mapa del Sector Sanitario III de Zaragoza Urbano	30
Ilustración 5: Organigrama del programa	32
Ilustración 6: Reuniones de preparación del programa	33
Ilustración 7: Reuniones de coordinación	34
Ilustración 8: Colegios e Institutos en el barrio Delicias.....	35
Ilustración 9: Colegios públicos Delicias	54
Ilustración 10: Colegios concertados Delicias	55
Ilustración 11: Institutos públicos Delicias	55

Resumen

La escasa coordinación entre profesionales e instituciones del ámbito social y sanitario, y los reducidos tiempos disponibles para las intervenciones, generan diagnósticos y planificaciones incompletas dentro del marco de la salud mental infanto juvenil. El estudio y análisis de la situación actual, ha promovido la creación de un programa para abordar la salud mental infanto juvenil en relación al riesgo social y la vulnerabilidad social, gestionando desde el trabajo en red una eficiente coordinación entre las diversas instituciones presentes en la vida de niños, niñas y sus familias.

Abstract

The poor coordination between professionals and institutions in the social and health field, and the limited time available for interventions, have generated incomplete plannings and diagnoses within the mental health's framework of children and young people. The study and analysis of the current situation has promoted the creation of a program in orden to address the child and adolescent mental health with the social risk and social vulnerability, managing a productive coordination between the diverse institutions presents in the the life of the children and their families.

Palabras clave: salud mental, riesgo social, vulnerabilidad social, infancia, trabajo en red.

Key words: mental health, social risky, social vulnerability, childhood, networking.

1. INTRODUCCIÓN

Los trabajadores y las trabajadoras sociales, ejercen una función imprescindible en la asistencia a la salud mental. En la actualidad, con la creciente demanda de atención social en cuestiones como la tercera edad o dependencia, ha provocado que la intervención del trabajo social en salud mental se reduzca prácticamente a situaciones de urgencia, a menudo relacionadas con la detección de riesgos para discapacitados, malos tratos, abusos y negligencias.

Se presenta una insuficiente interrelación entre los profesionales de los equipos de trabajo e incluso entre instituciones (Salud Mental, Servicios Sociales, Servicio de Protección de Menores...). Organizar y crear una coordinación entre éstos, suponen una oportunidad para mejorar la atención en salud mental.

La visión social a la hora de abordar y detectar situaciones con problemáticas en salud mental sumadas a situaciones de riesgo social y vulnerabilidad social, es fundamental.

Es obvio que para que un programa de esta índole sea efectivo, es necesario contar también con la opinión y la aportación de profesionales de salud mental, servicios sociales... Por lo que se debe entender este documento como una experiencia piloto, sobre un trabajo que debe ir en aumento y enriqueciéndose, donde se pretende explicar la función del trabajo social en salud mental infanto juvenil y la importancia de la coordinación entre instituciones. (Rodríguez, 2010).

Este Trabajo Fin de Grado tiene como objetivo diseñar un programa de intervención de trabajo en red para abordar la salud mental infanto juvenil en relación al riesgo social y la vulnerabilidad social, y por lo tanto mejorar la calidad de vida de estos niños, niñas y sus familias.

Queremos crear una red de trabajo entre la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil Inocencio Jiménez (USMIJ Inocencio Jiménez), y el Centro Municipal de Servicios Sociales Delicias (C.M.S.S Delicias), para gestionar de una manera coordinada aquellos casos que necesiten la intervención de ambas instituciones.

El presente informe está dividido en varias partes:

La primera de ellas, es la presente introducción junto con la justificación del Trabajo Fin de Grado, dónde mostramos nuestros motivos de la elección del tema.

En la segunda parte, se recoge la metodología, dónde encontramos los objetivos del Trabajo Fin de Grado, tanto el general como los específicos y las técnicas y fuentes de información utilizadas.

La tercera parte, está formada por la fundamentación del trabajo, dónde se encuentran los principales conceptos de referencia para centrar el tema, el marco institucional; las necesidades sociales, estrategias de intervención y pertinencia del programa; y un diagnóstico del contexto actual de la salud mental.

En la cuarta parte, describimos el programa de intervención para abordar la salud mental infanto juvenil en relación al riesgo social y vulnerabilidad social.

Por último, describimos las dificultades que nos hemos ido encontrando a lo largo de la elaboración del presente trabajo y unas conclusiones. Además de la bibliografía y una serie de anexos.

1.1. Justificación

En la realización de nuestras prácticas extracurriculares y del prácticum de intervención, hemos podido investigar diversos ámbitos y colectivos, lo que nos ha permitido conocer distintas problemáticas presentes en nuestro país y fuera de éste, concretamente en México.

De todo lo que hemos visto y analizado, los niños y niñas en situaciones de riesgo social y vulnerabilidad social, sumados a problemas con salud mental, viven una de las situaciones que consideramos más abandonadas por los poderes públicos y que necesitan intervenciones más actuales.

Además, tal y como nos comentaron las profesionales del C.M.S.S Delicias a través de una entrevista, existe un gran desconocimiento por parte de la sociedad civil en cuanto a los recursos ofrecidos desde los Centros Municipales de Servicios Sociales. Es por esto, por lo que creemos oportuno dirigirnos hacia la creación de un programa que aúne el trabajo de ambas instituciones mencionadas para lograr unos resultados más eficientes y eficaces.

Como estudiantes de Trabajo Social, utilizaremos los métodos aprendidos durante estos cuatro años para elaborar este programa desde una perspectiva de trabajo en red. Creemos que es un tema muy interesante para nuestra profesión.

2. METODOLOGÍA

Este Trabajo Fin de Grado tiene tres objetivos principales:

- Abordar los aspectos más relevantes en salud mental infanto juvenil en relación a la situación de riesgo social/vulnerabilidad social en la que se encuentra el niño, niña y su familia.

- Conocer el funcionamiento de la asistencia de salud mental infanto juvenil en Aragón, dentro de la USMIJ Inocencio Jiménez.

- Diseñar un programa de intervención para favorecer y mejorar la calidad de vida tanto del niño o niña, como de su familia a través del trabajo en red y prácticas comunitarias, ligado a una mejora de su salud mental.

2.1 Técnicas y fuentes de información

Para completar este estudio y llevar a cabo el Trabajo de Fin de Grado, se han aplicado las siguientes técnicas de recopilación de datos:

- Al principio, se realizó un estudio analítico y adecuado de cómo elaborar un proyecto de intervención social, siguiendo a Ulla y Giomi (2006).

-Una vez analizada la Guía nombrada en el punto anterior, se llevó a cabo una revisión bibliográfica mediante la búsqueda y lectura de documentos existentes que fuesen adecuados y relevantes para los temas a abordar. La mayoría de estos documentos han sido en formato PDF, libros, artículos, estudios...a los cuáles hemos podido acceder a través de diversas búsquedas en el buscador y catálogo de la Universidad de Zaragoza, Alcorze, Dialnet, Scielo y Google Académico principalmente.

-Revisión de la legislación pertinente desde un nivel macro a un nivel micro. Aportando la legislación más relevante para el tema en cuestión. A nivel mundial, europeo, en nuestro país y más concretamente en la Comunidad Autónoma de Aragón.

-Revisión del contexto actual de la salud mental infantil en España.

-Revisión del Plan Estratégico de Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón.

-Revisión de páginas webs relevantes para la salud mental infanto juvenil en España.

-Intentos de comunicación vía correo electrónico con la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y Adolescente (AEPNyA) y la Asociación Aragonesa Pro Salud Mental (ASAPME).

-Entrega y recogida de un cuestionario al equipo multidisciplinar de la USMIJ Inocencio Jiménez y realización de otra entrevista cualitativa a cuatro profesionales del C.M.S.S Delicias.

La primera entrevista tuvo lugar en la USMIJ con el equipo multidisciplinar en la sala de reuniones el día 16 de abril de 2018. Posteriormente, el día 7 de junio acudimos al C.M.S.S Delicias para realizar otra entrevista con dos psicólogas y dos trabajadoras sociales relacionadas con el ámbito de infancia y familia.

Se consideran fundamentales estas entrevistas para conocer su opinión respecto a la elaboración de nuestro programa, así como para comprender el funcionamiento y las diferentes actuaciones que se llevan a cabo en los diferentes servicios. Además, esto nos sirvió para contrastar la información que nos dieron los diferentes responsables y conocer más sobre el tema elegido.

-Entrevista telefónica con una profesora del I.E.S Rodanas de Épila para concretar las cuestiones de financiación.

Por último, un significativo para el desarrollo de este trabajo han sido las tutorías concertadas con nuestra tutora para poder conocer conceptos clave en nuestro trabajo y orientarnos hacia lo que queríamos desarrollar.

3. FUNDAMENTACIÓN

Este apartado aborda las bases teóricas de los aspectos esenciales en relación al presente Trabajo Fin de Grado. Se presentan diferentes conceptos y explicaciones sobre términos relacionados con la salud mental infanto juvenil en relación al riesgo social y vulnerabilidad social.

3.1 Marco teórico de referencia

3.1.1 Riesgo social

El riesgo en el ámbito de la salud, representa “la probabilidad que posee un individuo de padecer en el futuro un daño para la salud”, según Saure, Díaz, Frescina, Simini, Giacomini, y Schwarcz, (1992), citado por Peña, (2015: 8). El riesgo tiene un carácter multidimensional, dinámico y cultural, y se encuentra unido a conceptos como: peligrosidad, exposición, vulnerabilidad e incertidumbre.

Por otro lado, el riesgo entendido como Lavell (2001), se refiere a un contexto caracterizado por la probabilidad de pérdidas y daños en el futuro, las que van desde las físicas hasta las psicosociales y culturales. El riesgo está compuesto por una posibilidad y una probabilidad de daños vinculados con la existencia de determinadas condiciones en la sociedad, (individuos, familias, comunidades, ciudades, infraestructura productiva, vivienda etc.).

El riesgo, por lo tanto, debe interpretarse como la probabilidad de que pueda suceder un evento dañino causante de pérdidas y perjuicios sociales, psíquicos, económicos o ambientales. El riesgo puede tener diferentes grados y afectar a diversos aspectos.

Centrándonos en la definición de riesgo social, podemos decir, que es “la situación en la que confluyen factores sociales, culturales, económicos, personales y relacionales, que pueden llevar a la exclusión social”, según Saure, Díaz, Frescina, Simini, Giacomini, y Schwarcz, (1992), citados por Peña, (2015: 8).

La Diputación de Barcelona (2008), citado por Peña (2015), apunta dos conceptos en relación con el riesgo social:

-“Situación de Riesgo” descrita como aquella situación en la que el crecimiento y el bienestar del niño y de la niña, se ve limitado o afectado por cualquier circunstancia ya sea personal, social o familiar, siempre que por su protección efectiva no sea imprescindible la separación de su núcleo familiar.

-“Factor de Riesgo”, haciendo referencia a determinadas condiciones biológicas, psicológicas o sociales que a lo largo del tiempo puede incrementar la posibilidad de que una persona pueda desarrollar o padecer una enfermedad o una necesidad social.

Siguiendo la misma línea, a la hora de detectar y considerar el riesgo social, no se debe estudiar de forma aislada. Hay que “contextualizar y valorar según una serie de variables como la frecuencia, el tiempo, qué profesionales/servicios han hecho la observación y el nivel de respondida/colaboración de la familia, entre otros” según Diputació de Barcelona, (2008), citado por Peña, (2015: 10).

La definición normativa de situación de riesgo social se contempla en la ley orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, de modificación parcial del Código civil y de la Ley de enjuiciamiento civil, que hace referencia a las actuaciones en situaciones de riesgo, y que podemos encontrar en el artículo 17.

3.1.2 Vulnerabilidad social

La vulnerabilidad social es “la propensión a sufrir exclusión social debido a situaciones de equilibrio social o personal precarias” según Generalitat de Catalunya, (2010), citado por Instituto Catalán de la Salud, (2015: 6). Por otra parte, la vulnerabilidad social también hace referencia a:

“niños y niñas y adolescentes que, teniendo sus necesidades básicas satisfechas y no encontrándose sus padres o tutores incapacitados o imposibilitados para ejercer sus deberes de protección hacia ellos, estos viven y se desarrollan en entornos familiares o sociales en que sus condiciones pueden provocar daños significativos a corto, medio y/o largo plazo en su bienestar y desarrollo” (Peña, 2015: 6).

Los niños y niñas son especialmente vulnerables por su dependencia a la familia, esto significa que la alteración del funcionamiento social de ésta, modificará su desarrollo y podrá perjudicar su salud presente y futura.

“Los servicios de salud son espacios que cuentan con la posibilidad de percibir situaciones de vulnerabilidad, por lo que hay que orientar el trabajo del equipo para ofrecer la atención integral que necesite cada menor con la ayuda, si hace falta, de la red del bienestar” (Peña, 2015: 6).

3.1.3 Niño/a o menor

Según Unicef (2006) los niños y las niñas (seres humanos menores de 18 años) son individuos con derecho de pleno desarrollo físico, mental y social, y con derecho a expresar libremente sus opiniones.

Por otro lado, siguiendo la línea de González (2011):

“el concepto menor deriva de la posición de menor de edad, pero con el uso se ha convertido en una forma de designar a las niñas, niños y adolescentes, especialmente en el ámbito del derecho privado - materia familiar - y penal - menores infractores -.” (González, 2011:36).

Una vez realizadas estas aclaraciones, hemos decidido utilizar el término "niños y niñas" y no el de "menor" a lo largo de todo nuestro Trabajo de Fin de Grado.

3.1.4 Familia

El programa que se diseña en este Trabajo de Fin de Grado va destinado a niños, niñas y sus familias, por lo que consideramos relevante describir este concepto. Según las acepciones que establece la Real Academia de la Lengua Española¹, el concepto de familia hace referencia a una agrupación de personas que viven juntas y comparten o no un vínculo biológico, pero que tengan en común características o relación alguna. Por lo que se consideraría familia a todo aquello, viviente o material que quede agrupado por algún vínculo o fin común.

¹ Real Academia Española (2018). Extraído de <http://dle.rae.es/?id=HZnZiow> el 8 de marzo de 2018.

Centrando en el concepto de familia referido únicamente a personas, podemos encontrar diversas definiciones que se han ido dando a lo largo de la historia.

Según Macionis y Plummer (2011), la familia es una institución social que reúne a los individuos en grupos cooperativos responsables de tener y cuidar a los niños.

Durante el siglo XX, la mayoría de la gente ha entendido *“la unidad familiar como un grupo social formado por dos o más personas, relacionadas entre sí por lazos de sangre, matrimonio o adopción y que, por lo general, viven juntas”* (Macionis y Plummer, 2011:538).

Así pues, podemos decir, que todas las sociedades se estructuran en torno al parentesco, aunque las formas familiares varían considerablemente entre diferentes culturales y a lo largo del tiempo.

3.1.5 Salud mental

Para entrar en materia y a modo introductorio, es imprescindible describir qué es lo que se entiende por salud. El concepto de salud más profundizado y extendido que sirve como referente a nivel mundial, es el que establece la OMS en el Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*, (Organización Mundial de la Salud, 2013: 7). En este concepto, la salud mental es un elemento destacado de salud y bienestar.

Se dice que la definición de salud que proporciona la OMS, es la más frecuente y aceptada puesto que en lo relacionado a este concepto, no se ha podido llegar a un acuerdo entre profesionales de diferentes áreas para establecer una definición científica apropiada y compartida por todos. Miranda, Garcés, Sarasola, Merino y Seva-Díaz (1990), también nos hablan de la dificultad encontrada a la hora de crear una definición concreta para este término, por no ser la salud una realidad precisa y que refiere a circunstancias humanas, haciendo que la conceptualización de salud dependa de la cultura en la que se produce. Por lo tanto, se considera conveniente y adecuado que en la definición de salud se haga alusión a un sistema sanitario y a una política determinada.

Salud mental desde las aportaciones de la OMS es entendida como: *“un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”* (Organización Mundial de la Salud, 2013: página web)²

La promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento, rehabilitación y recuperación de las personas con enfermedad mental, mantienen una fuerte relación con el concepto de salud mental que no hay que dejar en el olvido. La salud mental es un aspecto más del bienestar de cada persona y por tanto debe ser cuidada, atendida y afrontada (Confederación de Salud Mental en España, 2016).

Desde esta misma línea, podemos argumentar que según la Associació Balear de Salut Mental (2005), la Conferencia Ministerial de la OMS para salud mental considera que la calidad de vida y

²Organización Mundial de la Salud, (2013) http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

productividad de las personas, las familias, la comunidad y los países se ve influenciada por la salud mental de sus individuos.

En relación a esta idea, apuntamos que “la salud mental es fundamental para el capital humano, social y económico de las naciones, por lo que debe ser considerada como parte integrante y esencial de otras políticas públicas, tales como las relativas a derechos humanos, asistencia social, educación y empleo” (Organización Mundial de la Salud, 2005: 3).

Así pues, podemos ver que existe un consenso general en que la salud, y por tanto, la salud mental, son algo más que la ausencia de enfermedad:

“La capacidad de recuperación emocional y espiritual que nos permite disfrutar de la vida y para sobrevivir al dolor, la decepción y la tristeza. Es un sentido positivo de bienestar y una creencia subyacente en el muestreo, y dignidad y el valor de los demás” (Myers, McCollam y Woodhouse, 2005: 18).

Por lo tanto, podemos decir que la salud mental es un indicador influyente para determinar los pensamientos, sentimientos y actuaciones individuales. Además, también afecta a las capacidades de aprendizaje, sobre la comunicación y las relaciones sociales que se vayan creando y consolidando, tal y como apuntan Myers, McCollam y Woodhouse, (2005).

3.1.6 Salud Mental Infanto Juvenil

Dentro de salud mental, nuestro programa se va a centrar en la salud mental infanto juvenil, por lo que resulta necesario conocer este término. Según el Servicio Aragonés de Salud (2013), la *Health Committee/House of Commons* propone que el niño/joven tiene que tener una serie de requisitos para contar con una buena salud mental:

“-Capacidad de acceder a relaciones mutuamente satisfactorias y mantenerlas.

-Progreso en el desarrollo psicológico.

-Capacidad de jugar y aprender de una manera apropiada a la edad y al nivel intelectual.

-Desarrollo del sentido del bien y del mal.

-Que el grado de malestar y conducta desadaptada no exceda los límites apropiados de la edad del niño y de su contexto.” (Servicio Aragonés de Salud, 2003:13).

La Confederación de Salud Mental en España (2016) en su página web³, en relación al informe “Situación de la salud mental de niños y adolescentes” publicado de forma conjunta entre la Federació Salut Mental Catalunya y la Fundació Pere Tarrés, apunta la existencia de diversos factores que afectan a la salud mental infanto juvenil, tales como la falta de capacidades individuales, emocionales o relacionales, conductas de riesgo, la interacción con la familia y el entorno social, y las circunstancias socioeconómicas.

³Confederación de Salud Mental en España (2016) <https://consaludmental.org/general/faltan-recursos-salud-mental-infanto-juvenil-28539/>

Los problemas de salud mental tanto en la infancia como en la adolescencia, tienen consecuencias en los diversos ámbitos del niño y de la niña: relaciones familiares, escolares y sociales. Además, se asocia con una mayor utilización de los servicios sanitarios y sociales, tal y como apuntan Friedman, Katz-Leavy, Manderscheid y Sondheimer (1996).

Encontramos diversas definiciones del concepto de salud mental, y cada una de ellas aborda temas diferentes:

“Desde un punto de vista familiar, la salud mental sería aquella condición en la que los diferentes elementos que componen la organización o estructura de la familia interactúan de modo adecuado (entre sí y con el entorno social) para llevar a cabo correctamente sus funciones; de este modo, todas aquellas circunstancias que ejercen tensiones sobre alguno de estos factores pueden provocar alteraciones y, si los correspondientes mecanismos de autorregulación no son capaces de restaurar la homeostasis familiar, pueden dar lugar a la aparición de psicopatología” (Castro, García, Castro, Monzón, Martín, 2012: 14).

Siguiendo la línea de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (2017), la salud de la unidad familiar es un factor fundamental a la hora de abordar la salud mental de cualquier integrante del núcleo familiar. Así pues, el apoyo psicosocial es una de las funciones primordiales de la familia en el que cada uno debe desarrollar sus habilidades interpersonales. Ante las dificultades que pueda tener cualquier miembro de la familia con el mundo exterior, se requerirá de una buena capacidad protectora por parte de los componentes de la familia para facilitar las dificultades de éste.

3.1.7 Infancia

Nuestro programa abordará la salud mental de aquellos niños y niñas que se encuentren en una situación de especial vulnerabilidad social/riesgo social. Así que, empezamos por definir quiénes forman esta infancia.

Si hablamos de infancia en materia de derechos, nos estamos refiriendo a todas las personas menores de 18 años. Por otro lado, Bellamy (2005) en su documento Estado Mundial de la Infancia para UNICEF, aporta la idea de que la infancia significa mucho más que el tiempo que transcurre entre el nacimiento y la edad adulta. Se refiere al estado y la condición de la vida de un niño, a la calidad de esos años.

Desde otro punto de vista, Palacios y Castañeda (2009), definen la infancia como la etapa evolutiva más significativa de las personas. Las experiencias que los niños y niñas vivan en estos años son esenciales para su crecimiento posterior. Por lo tanto, es necesario que en esta etapa se aseguren las condiciones básicas de salud y de alimentación de los niños y niñas, el apoyo a las familias para que atiendan las necesidades, el desarrollo y la enseñanza de sus hijos.

3.1.8 Infancia Vulnerable

Dentro del conjunto de los niños y niñas, encontramos algunos/as que, por circunstancias o razones muy diversas, viven en situaciones de especial riesgo social o vulnerabilidad social. Existen estudios que revelan la relación entre una mala salud mental y niños y niñas de familias de clase social más

desfavorecida y menor nivel de estudios. A mayor desventaja, peor salud mental, apuntan Ravens-Sieberer, Erhart, Gosch, Wille (2008), citado por Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014).

Para concretar el concepto de infancia vulnerable seguimos la línea de Lázaro et al. (2014), en el que se especifica que en nuestra sociedad encontramos personas que simplemente por el hecho de pertenecer a un grupo social concreto se encuentran en una situación desfavorecida a la hora de que sus derechos se cumplan en condiciones de igualdad con el resto de la población. Cuando hablamos de estos grupos, nos referimos a grupos vulnerables que presentan diferentes características, afectando a un número ascendente de niños y familias, y a diversos sectores de la sociedad.

La vulnerabilidad social no solo depende de un único factor, sino que es el resultado de una combinación de factores tanto físicos como ambientales. Con esto nos referimos a la edad, la discapacidad, el género, etc. Son circunstancias y características de los sujetos que colaboran a su mayor o menor vulnerabilidad social.

3.1.9 Calidad de vida

Este concepto puede ser definido como *"la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones"* según Organización Mundial de la Salud, (1966), citado por Robles, Rubio, De la Rosa y Nava (2016:121). Es un concepto que está influido por la salud física del individuo, su estado psicológico, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno.

No existen criterios únicos para definir la calidad de vida; sin embargo, encontramos términos como bienestar, satisfacción multidimensional, subjetivo/objetivo, que parecen dar un marco habitual a la variedad de definiciones. De este modo, se puede llegar a una definición global: *"nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida"* (Robles, Rubio, De la Rosa y Nava, 2016: 121).

3.2 Necesidades sociales, estrategias de intervención y pertinencia del programa

3.2.1 Nuevos conceptos de familia

La familia, generalmente, supone un pilar fundamental en la vida de las personas para la consecución de la estabilidad y felicidad. A día de hoy, la estructura familiar ha ido asumiendo diferentes cambios. No está supeditada a una estructura mayoritariamente homogénea o al concepto de familia nuclear tradicional.

Como consecuencia de los cambios en la organización de los grupos familiares, surgen diversas reflexiones en relación al ámbito profesional de la intervención social. La familia de hoy no responde a un patrón único. El individuo es más independiente y juega un papel importante en la elección y configuración de su propia familia. (Beck, 2003).

Según Aragonés (2008), el entorno que construye la sociedad actual presenta un amplio abanico de formas de convivencia que caracterizan tipologías de familias en la actualidad: las familias

nucleares, relaciones de pareja cimentadas sobre acuerdos y negociaciones entre estos, familias reconstruidas o familias que innovan nuevas formas de parentalidad.

En numerosas ocasiones se ha creado una relación entre las nuevas estructuras familiares y la aparición de trastornos psicológicos en los hijos. Sin embargo, Espinar (2006), explica cómo el divorcio o separación de los progenitores, así como una nueva reagrupación familiar, no son fenómenos estáticos y que por lo tanto, de forma individual no son responsables de la aparición de enfermedad mental en los hijos.

Frente a este contexto heterogéneo, desde el presente programa, se pretende una intervención concienciada por parte de los profesionales del ámbito familiar y de las instituciones del ámbito de la atención psico-social, dando respuestas variadas que se ajusten en la medida de lo posible a los deseos y necesidades de cada una de estas familias, evitando caer en la generalización o reiteración de respuestas metodológicas.

3.2.2 La asistencia sanitaria en salud mental infanto juvenil en la Comunidad Autónoma de Aragón

En el Plan Estratégico de Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón de 2002-2010, apuestan por una asistencia pública en salud mental que sea capaz de llegar al mayor número de usuarios. Esta asistencia, debe ser de máxima calidad cumpliendo el objetivo de facilitar el acceso del público a las prestaciones básicas de salud que el sistema sanitario público se compromete a facilitar según el principio de equidad. (Larraz, Gómez y Vicente, 2002).

La finalidad de la Red Asistencial de Salud Mental Infanto Juvenil es proporcionar promoción y prevención de la salud mental, y una asistencia y rehabilitación compatibles con criterios de calidad. Por esto, es de real importancia delimitar la cartera de servicios estudiando la demanda de prestaciones que existe y ajustando su oferta según estas prioridades, garantizando las básicas y atendiendo con preferencia los casos de mayor gravedad.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016), remarcó como prioridad en el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016, Estrategias y acciones destacables, Comunidad Autónoma de Aragón, la estrategia que conlleva:

“Disponer de una oferta de servicios adecuada a los trastornos de salud mental en la población infantil y juvenil, reforzando las USM ambulatoria, creando centros y hospitales de día para aquellos pacientes que requieran una mayor intensidad terapéutica y colaborando con las administraciones educativas y de protección de menores en la gestión de recursos compartidos.” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016: 16).

Además, refleja el convenio de colaboración entre Aragón y La Rioja donde se remarca la importancia a la atención especializada con mención específica de la salud mental infanto juvenil.

Esto debería verse reflejado en el nuevo Plan de Salud Mental de Aragón, pendiente de aprobación.

Para realizar una asistencia sanitaria de calidad, eficaz y con la mayor coordinación posible, resulta necesario fijar una serie de objetivos. Estos son expresados desde el Servicio Aragonés de Salud (2003), de la siguiente forma:

- Ser lo más eficaz e inmediato posible en la atención a sus necesidades sin centrarnos únicamente en la población demandante, también hay que dar importancia a la población potencialmente grave y que no demanda.

- Respuestas asistenciales integrales e integradas a través de programas asistenciales idóneos y adecuados, sin olvidarnos de la posterior evaluación.

- Ser continuos en los cuidados, en lo asistencial, delimitando por tanto las prestaciones asistenciales de los servicios y realizando una coordinación eficaz entre ellos.

- Fomentar la integración funcional de las Unidades de Salud Mental con otros servicios de la infancia-juventud y en ese contexto proponer el desarrollo de nuevos recursos.

3.2.3 Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil (USMIJ)

Para seguir avanzando, necesitamos conocer a qué nos referimos cuando hablamos de la USMIJ Inocencio Jiménez y de dónde parte la atención en salud mental infanto juvenil.

Según el Sistema Nacional de Salud (2007), la USMIJ es una unidad determinada de apoyo a los equipos de salud mental de Distrito (centros de apoyo a la Atención Primaria que constituyen la puerta de entrada a la red de salud mental especializada). Es el dispositivo ambulatorio de referencia para la evaluación y el tratamiento de niños y niñas, de 0 a 17 años con problemas de salud mental. Lleva a cabo intervenciones preventivas y de interrelación con otros medios sanitarios, sociales y educativos. Hay al menos una USMIJ por cada Área de Salud de Aragón.

Tal y como apunta el Servicio Aragonés de Salud (2003), las funciones del equipo de salud mental infanto juvenil son:

- “-De prevención y promoción de la salud.*

- Asistenciales y rehabilitadoras.*

- De coordinación con otros dispositivos de atención a la infancia/juventud.*

- De formación, investigación y docencia.*

- Administrativas y de gestión” (Servicio Aragonés de Salud, 2003: 24).*

Siguiendo la misma línea del Servicio Aragonés de Salud (2003), la atención a la salud mental infanto juvenil se incorpora en el sistema de salud a través de los sectores y se estructura con la ayuda de los equipos de salud mental que intervienen en el sector correspondiente. Esta asistencia, se proporciona a nivel ambulatorio y extrahospitalario, siendo la USMIJ el elemento fundamental de la asistencia.

El nivel de intervención de estas Unidades, debe ser el nivel secundario o de atención especializada en el sistema sanitario, manteniendo una gran vinculación con la Atención Primaria y con la Atención Hospitalaria, tal y como explica el Servicio Aragonés de Salud, (2003).

El programa que vamos a diseñar en este Trabajo de Fin de Grado, partirá de la USMIJ Inocencio Jiménez ubicada en la ciudad de Zaragoza, en el Sector Sanitario III de Zaragoza Urbano.

3.2.4 Relación con el modelo comunitario y trabajo en red

Si hablamos de salud mental, no nos podemos centrar únicamente en trastornos mentales. Debemos abrir nuestra visión y poder apreciar que la salud mental es un recurso esencial de la vida diaria, por lo que hay que tener en cuenta las experiencias personales, individuales y colectivas; las familias, las escuelas, el entorno, etc. Tal y como comentábamos anteriormente en el punto “Salud Mental Infanto Juvenil”.

Las experiencias y carencias que un niño o niña atraviesa en su infancia, conllevan un impacto crucial sobre la salud mental de la vida adulta. Es por esto, por lo que resulta necesario el desarrollo de estrategias para promover la salud mental de los niños y niñas, tal y como explican Ravens-Sieberer, Erhart, Gosch, Wille (2008), citado por Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013).

La evolución del niño o niña se va a ver influenciada por las actividades que realiza, su rol y las interacciones que mantenga con el ambiente. Esto es explicado por el modelo ecológico, donde seguiremos las ideas de García, (2001):

Desde el modelo ecológico se *“resalta la importancia de las interacciones y transacciones que se establecen entre el niño y los elementos de su entorno, empezando por los padres y los iguales.”* (García, 2001: 3).

Esto conlleva a que el comportamiento del niño o niña no pueda considerarse como un hecho aislado, sino que es consecuencia de su maduración con relación al ambiente en el que se ha desarrollado, según Fuertes y Palmero (1998), citado por García (2001).

El modelo ecológico propuesto por Bronfenbrenner, apunta que existe una relación bidireccional entre el ambiente y la persona, caracterizada por su reciprocidad, siendo de verdadera importancia la acomodación mutua. Por lo tanto, no podemos considerar a una persona *“como un ente sobre el que repercute el ambiente, sino como una entidad en desarrollo y dinámica, que va aplicándose progresivamente en el ambiente y por ello influyendo también e incluso reestructurando el medio en el que vive.”* (García, 2001: 2).

El desarrollo del niño o niña, desde el modelo ecológico de Bronfenbrenner, se ve afectado directa o indirectamente por cuatro niveles/sistemas:

En primer lugar, encontramos el microsistema, haciendo referencia a actividades, roles y relaciones interpersonales que el niño o niña experimenta en un entorno determinado.

En segundo lugar, el mesosistema contempla la interrelación de dos o más entornos en los que el/la niño/a participa, como, por ejemplo: las relaciones con su familia, su clase en la escuela y su grupo de iguales del barrio.

Para continuar, encontramos el exosistema. En este sistema nos referimos a los propios entornos en los que el/la niño/a no está incluido directamente, pero que por diversas causas resulta afectado indirectamente. Por ejemplo: el lugar de trabajo de los padres, la clase del hermano mayor, el círculo de amigos de los padres, etc.

Por último, el macrosistema:

Aborda los “marcos culturales o ideológicos que afectan o pueden afectar transversalmente a los sistemas de menor orden (micro-, meso-y exo-) y que les confiere a estos una cierta uniformidad, en forma y contenido, y a la vez una cierta diferencia con respecto a otros entornos influidos por otros marcos culturales o ideológicos diferentes.” (García, 2001: 2).

Por todo esto, consideramos la importancia del trabajo comunitario, del trabajo social y del trabajo en red. Ubieto (2009), citado por Moya (2012), clasifica el trabajo en red como una modalidad que parte de las orientaciones propuestas en la Conferencia Ministerial de la Organización Mundial de la Salud, celebrada en Helsinki 2005. El tipo de organización que se propuso, es aquella que parte del caso y de los interrogantes que suscita en los diversos profesionales. Esto conlleva a que la particularidad de cada caso desde la perspectiva social, familiar y personal sea fundamental.

Es importante remarcar que no podemos hablar de trabajo en red sin hablar de prácticas comunitarias, entendidas como aquellas prácticas que ponen el punto central en la comunidad donde los individuos han crecido, han encontrado sus dificultades, y donde pueden o no encontrar los recursos necesarios para hacer frente a sus dificultades. Por otra parte, el trabajo en red interviene en realidades sociales, lo que implica ser conscientes de que los problemas a resolver son de naturaleza compleja y necesitan de diversos servicios y especialidades; además de comprender lo imprescindible que resulta que el sujeto, los profesionales y las instituciones tengan voluntad para implicarse. (Moya, 2012).

Las redes sociales según Moré y Crepaldi (2012), suponen uno de los principales recursos que el sujeto dispone para recibir y percibir apoyo, promoviendo así un desarrollo humano sano. Las funciones que desarrollan los miembros de la red social, son muy importantes en la vida del sujeto, ayudando a encontrar soluciones a los problemas, ofreciendo orientaciones y compañía. Estas redes se construyen durante el ciclo vital del individuo y su familia y ejercen influencia en el proceso de atención a la salud tal y como apunta Mendes (2011), citado por Borges y Gomes de Farias (2017).

En conclusión, debemos de tener un conocimiento del caso desde una ética participativa y corresponsable, trabajar con respeto recíproco, teniendo en cuenta lo que aporta el otro, sin jerarquías profesionales, el saber sobre el caso se produce de manera colectiva y se construye a partir de las diversas opiniones y puntos de vista de todos los implicados. Finalmente, los profesionales de salud mental aportarán su visión clínica a partir de todo lo que aportan los otros profesionales, no únicamente desde una valoración hecha en el ámbito asistencial.

3.2.5 Aproximación al Trabajo Social como profesión de ayuda

“El trabajo social siempre ha parecido tener las alas tan grandes que no le caben en los márgenes de ningún nido” (De la Red, 1993: 13). Esta autora hace referencia a que el campo del trabajo social es tan extenso y son tan diversas sus acciones que resulta complicado definir su concepto y concretar sus funciones y objetivos.

El Consejo General del Trabajo Social (2018), en su página web⁴, define esta profesión como una disciplina académica basada en la práctica. Promueve el cambio social, la cohesión social y el fortalecimiento y liberación de las personas. El objeto de estudio e intervención se han ido desarrollando en relación a las necesidades y su satisfacción. (Aguilar, 2013).

Por otra parte, Lázaro, Rubio y Juárez (2010), señalan que el trabajo social es una profesión de ayuda cuyo objetivo es atender a todos los sujetos que viven situaciones complicadas que abarcan desde la confusión o desinformación a la marginación o a la exclusión social.

Adentrados ya en el trabajo social, debemos conocer la importancia de esta profesión dentro de la salud mental.

El Trabajo Social en el ámbito de salud mental realiza un trabajo multidisciplinar contando siempre con el apoyo de diversas disciplinas, siguiendo a Barg (2006). El desarrollo de la asistencia psiquiátrica ha influido en la evolución del trabajo social en salud mental. Hoy en día, el trabajo social en la asistencia sanitaria en salud mental combina aspectos psicoterapéuticos personales con otras intervenciones sociales. La intervención siempre estará marcada y condicionada por la población con la que se trabaja y su psicopatología, apunta Garcés (2010).

“El trabajo social en salud mental es fundamentalmente un trabajo social clínico que tiene lugar con una población determinada.” (Garcés, 2010: 338). El trabajo social clínico, implica intervenciones tanto en la situación social como en la situación de la persona, según Ituarte (1992).

Centrada la profesión de los y las trabajadoras sociales, así como la práctica de éstos/as en Salud Mental, pasaremos a especificar algunas de sus funciones en salud mental infanto juvenil:

-Realizar la historia social del paciente, para conocer los contextos: social, educativo, familiar, económico y cultural.

-Realizar visitas domiciliarias para conocer la situación socio-familiar del paciente.

-Información, asesoramiento, orientación y gestión de recursos sociales a pacientes y familiares para la mejora de las situaciones problema y de su calidad de vida.” (Servicio Aragonés de Salud, 2003: 28-29).

⁴Consejo General del Trabajo Social (2018) <https://www.cgtrabajosocial.es/>

3.3 Marco Normativo

Focalizando la atención en la población infanto juvenil, es necesario exponer los textos y documentos legales más significativos en torno a este colectivo:

3.3.1 Nivel internacional

-*Declaración de Derechos del Niño (20 de noviembre de 1959)*, donde se desglosan todos los derechos de los niños y niñas de cualquier pueblo de las Naciones Unidas y determinando en sus principios que todo niño y niña debe tener derecho al crecimiento y desarrollarse en buena salud, deberá proporcionarse tanto a él/ella como a su madre cuidados especiales, además de disfrutar de una buena alimentación, vivienda y servicios médicos adecuados. Por otra parte, se especifica que cualquier niño o niña impedido física o mentalmente o que sufra algún impedimento social deberá recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especial y particular que se requiera.

-*El Plan de Acción en Salud Mental de Helsinki*, constituido y acordado por conferenciantes ministeriales de la OMS para la salud mental en 2005, donde además de comprobar que la salud mental será un agente determinante para obtener una buena calidad de vida, se establece la propuesta de aumentar el número de profesionales especializados, así como las intervenciones especializadas en el sector de niños y adolescentes.

-La Comisión de Las Comunidades Europeas (2005) el *Libro Verde* titulado “*Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*” donde se refleja la promoción de la adolescencia en cuanto a salud mental.

-*El Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020*, es un plan realizado por la OMS en la que en las estrategias aportadas incluye al colectivo infanto juvenil.

3.3.2 Nivel estatal

-En base al *artículo 39 de la Constitución española de 1978*, se establece la obligación de los poderes públicos de asegurar la protección social, económica y jurídica de la familia, y en especial de los menores de edad, de conformidad con los acuerdos internacionales que velan por sus derechos.

-*La Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad*, tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 de la Constitución. En el *artículo 18 apartado 8* de esta ley, se introduce que, específicamente, también se vela por la salud mental. A su vez, en el *Capítulo III, se encuentra el artículo 20*, el cual está dedicado a la salud mental. Es interesante señalar cómo se hace referencia a la importancia de los problemas referentes a la psiquiatría infantil. Además, es importante destacar que este capítulo menciona la especial importancia de la coordinación entre sanidad con los Servicio Sociales para llevar a cabo una atención integral real del usuario.

-*El Consentimiento Informado y la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica*, por los que se regulan

derechos y obligaciones de pacientes, usuarios y profesionales, de los centros y servicios, públicos y privados en materia de autonomía e información del paciente. El paciente debe estar debidamente informado ya que tiene derecho a poder decidir libremente sobre sus opciones clínicas y negarse a un tratamiento, excepto casos determinados por Ley. El consentimiento informado es un derecho del paciente y una obligación del facultativo.

-*Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre*, determina la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, donde se especifica dentro de la Atención Especializada (Anexo III), la atención proporcionada a la salud mental desde la cartera de servicios comunes de salud mental.

-El *II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016* incluye varios objetivos, siendo el más destacable el 7º objetivo, que habla sobre la salud integral, buscando promover las acciones necesarias para alcanzar el máximo desarrollo de los derechos a la salud pública y la adolescencia, desde la promoción de la salud hasta la rehabilitación, buscando favorecer la prioridad en las poblaciones más vulnerables.

3.3.3 Nivel autonómico

-*La Ley 6/2002 de 15 de abril de Salud de Aragón*, apunta que será imprescindible y de obligado cumplimiento establecer Centros de Día para el tratamiento y atención de niños y adolescentes con problemas mentales, como se especifica en el *Título 2, Art.4, 2c* de la mencionada ley.

-El *Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón*, se pone en movimiento con la finalidad de ofrecer a la población aragonesa alternativas comunitarias al tradicional modelo de hospitalización psiquiátrica a través de la incorporación de diversos recursos asistenciales disponibles en la misma, constituyendo una única red que facilite la continuidad del tratamiento al mismo tiempo que beneficie al usuario/paciente su inserción e integración en su comunidad para procurar eludir la discriminación y el estigma que siguen padeciendo, aunque en menor medida las personas que no gozan de buena salud mental.

-Para finalizar y como marco legislativo más destacable respecto al tema abordado, un referente esencial es el *Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil 2003-2010* que procura ser un documento eficaz que permita organizar la labor conjunta de todos los profesionales que trabajan en el área de la salud mental infanto juvenil en Aragón, dejando plasmados todos los recursos y programas necesarios y orientando las actuaciones de los Servicios Centrales de Salud Mental en la Diputación General de Aragón. Además, mantiene su vinculación con el “Proyecto para la Atención en Salud Mental Infanto Juvenil de 1988”, ampliando y mejorando sus actuaciones.

3.4 Análisis del contexto

La salud mental es un tema de actualidad y de constante debate, destacando la importancia de la prevención y de la detección temprana de problemas en salud mental. Una de las principales causas de discapacidad son las enfermedades mentales y, en el 70% de los casos, se empiezan a desarrollar antes de los 18 años. Resulta necesario aumentar las estructuras y recursos de los que disponen las redes autonómicas y mejorar la coordinación con la educación, Servicios Sociales, Psiquiatría de adultos, con

Pediatría, Justicia, etc. Nombramos la importancia de la prevención a causa de los datos aportados en un informe de la *London School of Economics*, en el que apuntan que por cada euro de inversión en prevenir la salud mental se revierte 18 euros en la sociedad. (Pérez, 2017).

Otro tema que debemos abordar en cuanto al contexto en el que nos encontramos, es la crisis económica que sufre España. Según Flores, García y Zunzunegui (2014), los niños y niñas que se han ido desarrollando en la época de crisis, van a tener consecuencias de por vida (menor nivel educativo, menores ingresos y menores oportunidades laborales), además de efectos en su salud. El grupo de población que más ha incrementado su riesgo de pobreza a lo largo de la crisis es el de los menores de 16 años.

Ibáñez (2016), argumenta que de cada cinco trastornos psiquiátricos en los niños y adolescentes, solo uno es detectado. Las razones que apunta para reflejar esta causa son:

“-El número insuficiente de especialistas en salud mental infanto juvenil.

-Una elevada disparidad en la capacidad asistencial en las diferentes comunidades autónomas, la falta de coordinación existente entre los niveles asistenciales.

-La escasa investigación en esta área y la limitada utilización de un lenguaje común” (Ibáñez, 2016: 14-28)

Como argumentábamos anteriormente, el coste económico de la enfermedad mental es muy importante. Garicano (2015), siguiendo la investigación realizada por la *Organización* para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), afirma que un tercio de los gastos por discapacidad se deben a problemas en salud mental. Además de que las bajas por enfermedad mental representan el 50% del coste total. Por lo tanto, en España, el coste total de las enfermedades mentales representa un 8% del Producto Interior Bruto (PIB), 83.000 millones de euros. Por último y en comparación, el 75% de los enfermos con enfermedades físicas sigue algún tratamiento y sólo uno de cada cuatro enfermos mentales está en tratamiento. Las razones aportadas son:

-Existencia de estigma asociado a la enfermedad mental por parte de la sociedad y provoca que el enfermo o sus familiares, no busquen tratamiento.

-La población enferma y sus familiares, en muchos casos, no son conscientes de que estas enfermedades pueden ser tratadas con éxito gracias a los avances en salud mental

-Por último, en la mayoría de los sistemas sanitarios dedicados a la salud mental, existe una gran insuficiencia de recursos. (Garicano, 2015).

4. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

4.1 Presentación del programa

El desarrollo del programa supone un verdadero desafío. Se plantea como un instrumento transformador que dará lugar a un cambio necesario y favorecedor para la población objeto de estudio.

El presente programa es una experiencia piloto que parte desde la USMIJ Inocencio Jiménez y gestiona un trabajo en red con diversas instituciones, especialmente con el C.M.S.S Delicias. La finalidad del programa es abordar la salud mental infanto juvenil en relación al riesgo social y vulnerabilidad social, mejorando la coordinación y realizando diagnósticos, planificaciones de intervención y seguimientos de una forma conjunta entre las diversas instituciones que resulten necesarias en la vida del niño, niña y su familia (la escuela, el Servicio de Protección de Menores, la Fiscalía de Menores si en su caso fuera necesario, etc.).

Nuestra intención es conseguir una mejora en la calidad de vida de las personas que sean atendidas desde el presente programa y crear conciencia de lo necesario que es el trabajo en red.

En los siguientes apartados describiremos con detalle nuestro programa.

4.2 Fundamentación

Cada niño, niña y su familia posee unas particularidades propias y unas necesidades y problemáticas establecidas, así que cada una merece una evaluación y atención individualizada, tal y como apunta Garcés (2010). En Aragón no existe un programa de esta índole, por lo que consideramos necesaria su creación para abordar de forma integral la presente situación.

Además, según Caro (1999):

- La situación actual de la salud mental de los niños y niñas debe ser un punto de debate para encontrar soluciones que mejoren la salud mental.

- Son patologías que padecen muchos ciudadanos y carecen de un derecho tan fundamental como el de ser tratados por su enfermedad.

- La importancia de las familias como grupo primario de referencia.

La razón de elegir a este colectivo, es porque en la infancia surgen más de la mitad de las enfermedades mentales y detectarlas es mucho más trascendente, mucho más difícil y más complicado que en otras edades. Los trastornos mentales tienen enormes consecuencias en el desarrollo emocional e intelectual de los niños y niñas, en el aprendizaje escolar, en la adaptación social, etc., por lo que es necesario promover la salud mental de los niños y niñas, prevenir, diagnosticar y tratar correctamente estos trastornos. Por lo tanto, se necesita una buena colaboración de los servicios sanitarios, educativos, sociales y judiciales, como de los padres y de la población en general. (Beneyto, 2006).

4.2.1 Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil Inocencio Jiménez

Hemos tenido la oportunidad de realizar un cuestionario a los diferentes profesionales de la USMIJ Inocencio Jiménez para conocer las verdaderas carencias y dificultades de trabajo dentro de esta unidad; y para guiar las líneas de intervención del presente programa.

Nos reunimos con ellos en una de sus reuniones de equipo y presentamos el programa y los objetivos que se pretenden lograr.

Una vez presentado el programa, entregamos a cada uno/a de los/as profesionales un cuestionario que debían de rellenar de forma anónima identificando únicamente su profesión, acordando su recogida una semana más tarde.

Sus respuestas también sirvieron para justificar la creación del programa: ¿Creéis que es necesario crear un programa para abordar la salud mental infanto juvenil en relación al riesgo social y vulnerabilidad social? ¿Por qué?, esta fue nuestra pregunta y algunas de sus respuestas fueron:

-“Sí, porque es mejor actuar sobre los factores de riesgo y ofrecer recursos a nivel global/ integral”
(Enfermero/a).

-“Sí, porque las personas con mayor vulnerabilidad tienen menos acceso a los recursos y más probabilidad de sufrir un trastorno mental” (Psicólogo/a).

-“Sí, es un programa imprescindible en la Unidad porque permitirá abordar más adecuadamente a este grupo de población” (Trabajador/a social).

-“Si, con el fin de proteger mejor al paciente con un programa estructurado que facilite la coordinación entre profesionales” (Profesión no identificada).

4.2.2 Centro Municipal de Servicios Sociales Delicias

Por otro lado, también tuvimos la ocasión de entrevistar a dos psicólogas y dos trabajadoras sociales del C.M.S.S Delicias. Para la realización de ésta, nos reunimos en el despacho de una de las profesionales. Las preguntas desarrolladas fueron similares a las de los profesionales de la USMIJ Inocencio Jiménez con el fin de poder comparar ambas visiones.

Destacamos la misma pregunta: ¿Creéis que es necesario crear un programa para abordar la salud mental infanto juvenil en relación al riesgo social y vulnerabilidad social? ¿Por qué? algunas de sus respuestas han sido:

-“Sí, porque todo sería más rápido y directo, ya que lo más importante es que se creen vías más rápidas de conexión”. (Psicóloga)

-“Sí, es un programa muy necesario pero algo dificultoso de que pueda llevarse a cabo.”
(Trabajadora Social)

La información proporcionada por las dos instituciones nos ha servido de gran ayuda para el desarrollo del programa. Contar con la opinión de profesionales es imprescindible para llevar a cabo un buen trabajo.

Tras las respuestas obtenidas de los cuestionarios y de las entrevistas, observamos que tanto los profesionales de la USMIJ como los del C.M.S.S Delicias tienen una buena opinión acerca de la creación de nuestro programa, consideran que es necesario y urgente.

4.3 Presentación del programa a las instituciones

La coordinación entre instituciones es imprescindible para la puesta en marcha del programa. Es por esto, por lo que resulta necesario dar a conocer el programa a las diferentes instituciones con las que se pretende trabajar:

- Los colegios e institutos, en muchos de los casos, son los primeros en detectar la posible problemática psíquica en el/la niño/a. Por lo tanto, para que la orientación sea directa, es necesario que conozcan el programa.

- En los centros de salud, desde pediatría, deberán de estar al corriente de la existencia del programa. Se pretende conseguir que todos/as los/as pediatras, siempre que les sea posible, identifiquen el riesgo social y la vulnerabilidad social de sus pacientes, con el fin de que al ser derivados a la USMIJ Inocencio Jiménez, se conviertan en posibles destinatarios del programa.

- Además, todas las instituciones que se requieran para una eficaz coordinación, deberán ser conocedoras del programa para facilitar la derivación/orientación a éste.

Para conseguir que todas estas instituciones estén al corriente del programa, está planificada una Jornada de Presentación del Programa. Se llevará a cabo el 19 de octubre de 2019, en un espacio con las instalaciones necesarias para su realización, de 9:00 am a 11:00 am (tres horas). Los profesionales por parte de la USMIJ Inocencio Jiménez serán los encargados de invitar a las instituciones, preparar la jornada y llevarla a cabo.

Se tratarán temas como:

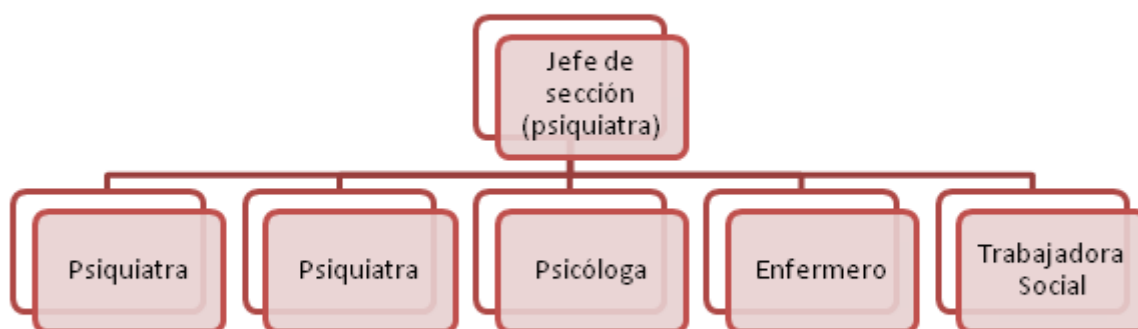
- Objetivos que se pretende lograr con la implantación del programa.
- La metodología propuesta para las intervenciones.
- Legitimar la coordinación entre las instituciones.
- Evaluación posterior del programa.

Por último, se llevará a cabo un espacio donde se respondan a todas las preguntas y cuestiones que se planteen.

4.4 Marco institucional

El programa parte de la USMIJ Inocencio Jiménez, donde cuentan con un equipo de profesionales:

**Ilustración 1: Organigrama de los profesionales de la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil
Inocencio Jiménez**



Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, se cuenta con la participación del C.M.S.S Delicias, donde disponen de una gran variedad de profesionales. En el punto posterior, denominado “ámbito geográfico”, explicamos la situación actual del C.M.S.S Delicias. En el distrito Delicias, se ha creado otro Centro Municipal de Servicios Sociales (C.M.S.S) y por lo tanto, este presente programa trabajará la coordinación con el C.M.S.S Delicias 1 y el C.M.S.S Delicias 2. Ambos centros funcionan de forma idéntica.

Además, como venimos comentando a lo largo de todo el trabajo, en la intervención que se propone para este trabajo resulta fundamental la coordinación con otras instituciones. Más adelante expondremos dicha coordinación.

4.5 Destinatarios/población

La población diana de este programa, está creada en base a las opiniones y puntos de vista de todos y cada uno de los profesionales entrevistados, tanto de la USMIJ Inocencio Jiménez, como del C.M.S.S Delicias. Se llegó al acuerdo de que lo más efectivo es trabajar con niños y niñas de entre 0 a 12 años con problemas de salud mental y sus familias, con situaciones de riesgo social y vulnerabilidad social y de la ciudad de Zaragoza, ubicadas en el Sector Sanitario III de Zaragoza y en el barrio Delicias.

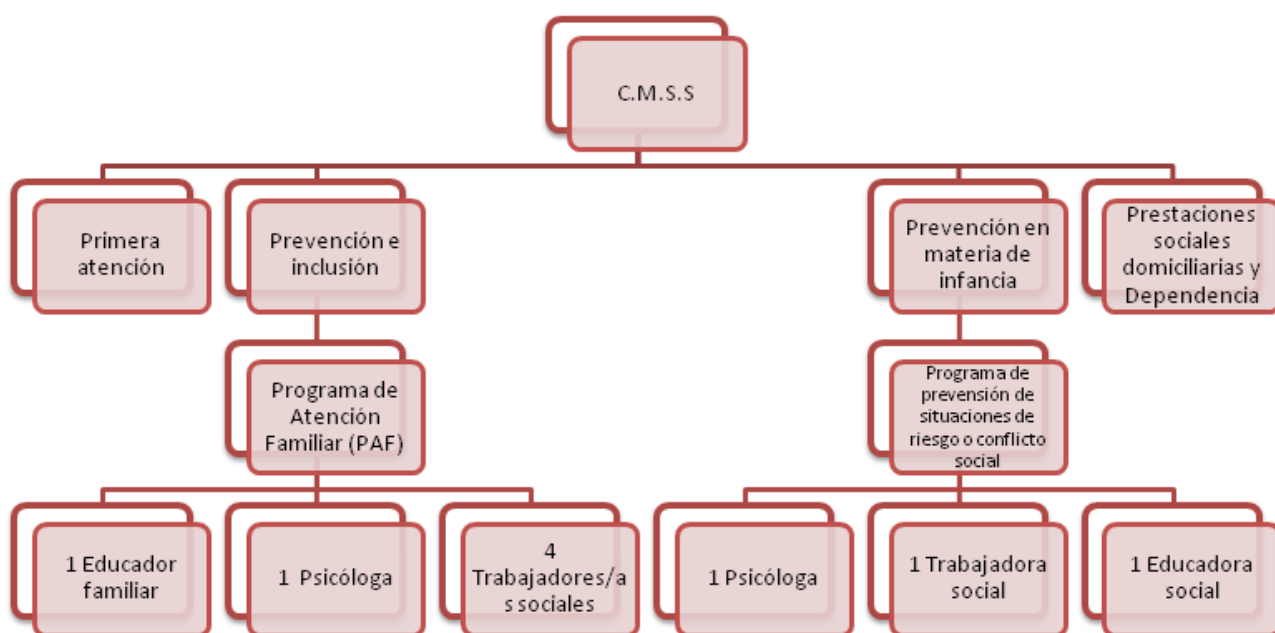
En el C.M.S.S Delicias, hubo más complicaciones por centrar la población diana. En este centro, los usuarios son distribuidos por varios programas en función de su situación y necesidades. Las trabajadoras sociales y las psicólogas nos comentaron cómo es el proceso de atención y nos describieron cada uno de los programas. El programa creado para este Trabajo Fin de Grado, es una experiencia piloto y por lo tanto, las profesionales creyeron conveniente, y nosotras estamos de acuerdo con su opinión, en que los/as destinatarios/as de este programa deben de ser aquellos niños, niñas y familias que estén siendo atendidas

dentro del Programa de Atención Familiar y del Programa de Prevención de situaciones de riesgo o conflicto social desde el C.M.S.S Delicias.

-Programa de Atención Familiar (PAF): se trabaja con familias con menores de 18 años. El objetivo principal es que puedan cumplir las funciones que permitan a sus miembros un desarrollo adecuado cuando por diversos factores: sociales, psicológicos, económicos... no puedan desempeñarlas por sus propios medios. (Ayuntamiento de Zaragoza, 2018: página web⁵).

-Programa de Prevención de situaciones de riesgo o conflicto social: donde “se llevan a cabo el estudio, valoración y diagnóstico de todas las notificaciones de presuntos malos tratos a menores, que se producen en la ciudad de Zaragoza. Para el estudio, valoración y diagnóstico de las situaciones notificadas o detectadas, se sigue el protocolo recogido en la Guía para Detectar, Notificar y Derivar situaciones de maltrato infantil elaborada por el Departamento de Menores del Gobierno de Aragón.” (Ayuntamiento de Zaragoza, 2016: 43).

Ilustración 2: Programas y profesionales del C.M.S.S Delicias vinculados al programa



Fuente: Elaboración propia.

⁵ Ayuntamiento de Zaragoza (2018): https://www.zaragoza.es/ciudad/sectores/social/detalle_Tramite?id=3309

Por lo tanto, las personas que formarán parte del programa serán:

-Aquellos niños y niñas que estén siendo atendidos en la USMIJ Inocencio Jiménez y a su vez, en el C.M.S.S Delicias, dentro del Programa de Apoyo familiar y del Programa de Prevención de situaciones de riesgo o conflicto social desde el 1 de enero de 2018.

-Aquellas familias que estén siendo atendidas en la USMIJ Inocencio Jiménez desde el 1 de enero de 2018 y se valore como necesaria la derivación al Programa de Apoyo familiar o al Programa de Prevención de situaciones de riesgo o conflicto social, por parte del C.M.S.S Delicias.

-Aquellas familias que estén siendo atendidas por el C.M.S.S Delicias dentro del Programa de Apoyo familiar y del Programa de Prevención de situaciones de riesgo o conflicto social, desde el 1 de enero de 2018 y se valore como necesaria la derivación a una atención sanitaria en la USMIJ Inocencio Jiménez.

La información que se trabaja y se comparte por las diversas instituciones, es sensible y está bajo protección de datos, por lo que los profesionales del programa estarán bajo secreto profesional⁶.

Ilustración 3: Flujo de destinatarios



Fuente: Elaboración propia.

4.6 Ámbito geográfico/localización

Macrolocalización:

Este programa se ubica en la ciudad de Zaragoza (España), cuenta con una extensión de 968.68 km² y con una población de 72.123 habitantes según los datos del padrón municipal de 2015. Su término

⁶ Ver Anexo 2. Metodología creada para el programa de intervención, 2.7 Compromiso de Secreto Profesional y Confidencialidad

municipal alberga la ciudad de Zaragoza y 14 barrios rurales. Se ubica en el valle medio del Ebro y dista de unos 300km de Madrid, Barcelona, Valencia y Bilbao, según el Ayuntamiento de Zaragoza (2018) en su página web⁷.

Microlocalización

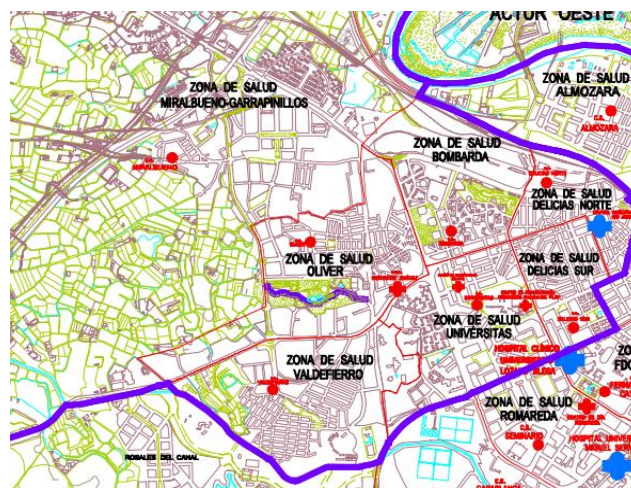
-Por un lado, partimos del Sector Sanitario III de Zaragoza Urbano. La Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil elegida para la elaboración de este programa es la USMIJ Inocencio Jiménez, ubicada en este sector, formado además por:

Atención primaria (centros de salud): Bombarda, Delicias Norte, Delicias Sur, Miralbueno, Oliver, Valdefierro y Universitas.

Atención especializada (hospitales): Clínico Universitario Lozano Blesa y Centro de Rehabilitación Psicosocial Ntra. Sra. del Pilar.

Atención Especializada (centros especializados): Inocencio Jiménez.

Ilustración 4: Mapa del Sector Sanitario III de Zaragoza Urbano



Fuente: Gobierno de Aragón (2018). Sectores sanitarios.

-Por otro lado, el programa se centra en el barrio Delicias, considerado como un distrito o Junta Municipal de Zaragoza. Está dividido en los barrios de La Bombarda, La Bozada, El Castillo, Ciudad Jardín, Delicias, Monsalud, Parcelación Barcelona, Parcelación Vicente, Parque Roma, Salamanca y San Antonio. Es el distrito más poblado de Zaragoza con 109 901 habitantes.

El barrio cuenta con una gran diversidad de población, durante el grado de Trabajo Social hemos realizado diversas investigaciones sobre el barrio y podemos apuntar tras una entrevista realizada con una

⁷ Ayuntamiento de Zaragoza (2018), <https://www.turismodezaragoza.es/zaragoza-ciudad.html>

profesional del C.M.S.S Delicias que a este centro acude un gran porcentaje de inmigrantes (es el barrio con mayor población inmigrante de Zaragoza, un 22,83%, según el Gobierno de Aragón (2018) en su página web⁸). Los casos de personas mayores son muy numerosos, y cada vez son más los casos en relación con niños y niñas (un 14% aproximadamente) y casos acarreados por la crisis económica con situaciones prolongadas de desempleo. Delicias cuenta con 262 asociaciones registradas, lo que supone casi un 10% de las de la ciudad en conjunto, las más comunes son las culturales seguidas de las deportivas y en tercer lugar las de carácter social.

El distrito Delicias contiene cuatro zonas de salud: Bombarda-Monsalud, Delicias norte, Delicias sur y Universitas. Por otra parte, en cuanto a los Servicios Sociales del barrio Delicias, los expedientes activos de Delicias suponen el 19,7% de los del total de la ciudad.

El C.M.S.S Delicias, es el responsable del distrito Delicias y el elegido para realizar esta experiencia piloto en coordinación con la USMIJ Inocencio Jiménez. Este centro, ahora denominado Centro Municipal de Servicios Sociales Delicias 1, atendía un gran número de usuarios y en muchas ocasiones los profesionales se encontraban desbordados. Es por esto, por lo que se ha procedido a crear el C.M.S.S Delicias 2. El primer centro se encuentra ubicado en Vía Universitas, 28, 1ª planta – 50017 (Zaragoza), hoy en día la división está hecha, pero todos los profesionales trabajan en este mismo edificio, todavía están pendientes del traslado a la nueva localización. El año de su apertura fue 1987-1988, pero en 2011 cambió de ubicación en el espacio conocido como “El Óvalo”. Se encuentra en una zona medianamente céntrica de Zaragoza.

A pesar de esta división, a lo largo del trabajo nos referiremos al Centro Municipal de Servicios Sociales Delicias 1 y al Centro Municipal de Servicios Sociales Delicias 2, como C.M.S.S Delicias, sin distinciones. Tras las entrevistas con las profesionales, nos comentaron que no era necesaria una división de ambos centros para la intervención del presente programa. Ambos centros trabajan desde los mismos programas, recursos y funcionamiento.

Los Centros Municipales de Servicios Sociales (C.M.S.S), son espacios físicos ubicados en todos los distritos urbanos y en los barrios rurales de la ciudad y constituyen el primer punto de acceso al Sistema de Servicios Sociales. Todos cuentan con equipos profesionales formados por Trabajadoras Sociales, Psicólogas, Educadores Sociales, Técnicos Auxiliares y personal administrativo y auxiliar, cuyo cometido es dar respuesta a los problemas y necesidades individuales, familiares y/o sociales de la población y favorecer su autonomía e integración social, según el Ayuntamiento de Zaragoza, (2018) en su página web⁹.

4.7 Temporalización

El presente programa, como venimos comentado, consiste en una experiencia piloto. Para la preparación de los profesionales serán necesarios dos meses (noviembre y diciembre de 2019), con cinco reuniones planificadas

⁸Gobierno de Aragón (2018) <https://www.zaragoza.es/contenidos/presupuestos-participativos/Ebropolis/5-Delicias.pdf>

⁹Ayuntamiento de Zaragoza, (2018) https://www.zaragoza.es/ciudad/centros/detalle_Centro?id=765

La temporalidad del programa es de 12 meses, el año completo de 2020. Durante estos meses, son 12 las reuniones planificadas, una por mes, a las que se les podrán sumar las que los profesionales consideren necesarias para realizar una adecuada intervención.

Tras finalizar, en enero de 2021, se hará la conveniente evaluación del programa para determinar si se han conseguido los objetivos propuestos y por lo tanto, volver a implantarlo un año más; o por el contrario, el programa no ha cumplido las expectativas y por consiguiente, no se volverá a poner en práctica.

4.8 Organización de la coordinación

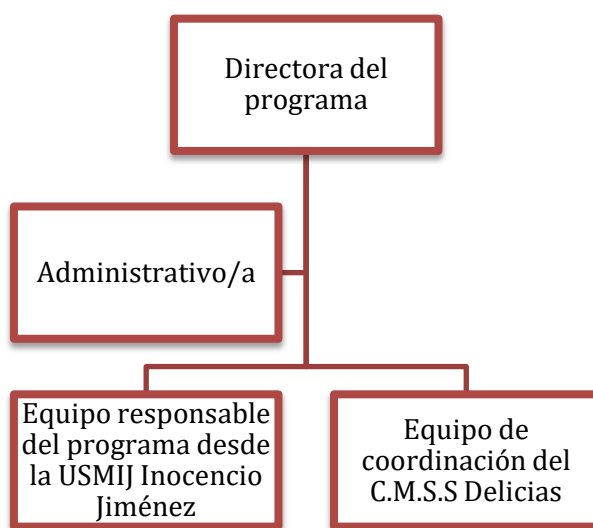
El programa parte desde la USMIJ Inocencio Jiménez, y es ahí donde está ubicado un equipo responsable del programa formado por un/a trabajador/a social, un/a psicólogo/a, un/a psiquiatra y un/a enfermero/a especializado/a en salud mental.

El C.M.S.S Delicias 1, cuenta con un equipo de coordinación formado por un/a trabajador/a social, un/ psicólogo/a y un/a educador/a social. Este equipo es el responsable de coordinarse con los demás profesionales que trabajan en el Programa de Apoyo Familiar y en el Programa de Prevención de situaciones de riesgo o conflicto social. Y de igual forma ocurre con el C.M.S.S Delicias 2.

Para llevar a cabo este programa, será necesaria la presencia de un/a administrativo/a con la principal función de que todos los registros e instrumentos resultado de la intervención, estén bien almacenados, informatizados y preparados para su uso en las reuniones de coordinación. Además, llevará la gestión de los costes y presupuestos.

Por último, se encuentra la directora del programa. Es una de las trabajadoras sociales de la USMIJ Inocencio Jiménez, responsable de la coordinación entre instituciones (puesta en contacto con las instituciones, invitación a las reuniones...) y de la preparación de las reuniones planificadas, etc.

Ilustración 5: Organigrama del programa



Fuente: Elaboración propia

4.8.1 Reuniones y comunicación

Desde el 4 de noviembre de 2019 hasta el 30 de diciembre de 2019 se realizarán una serie de reuniones entre la USMIJ Inocencio Jiménez y el C.M.S.S Delicias para preparar el inicio del programa. La duración de cada reunión será de una hora y media (de 8:00 am a 9:30 am). El lugar de encuentro de los profesionales será en la USMIJ Inocencio Jiménez porque dispone de suficientes recursos materiales y de una muy buena infraestructura.

Ilustración 6: Reuniones de preparación del programa

PUNTOS A TRATAR	04-nov	18-nov	02-dic	16-dic	23-dic
Selección de los casos con expedientes en ambas instituciones					
Derivación de los casos desde la USMIJ a C.M.S.S Delicias					
Derivación de los casos desde C.M.S.S Delicias a la USMIJ					
Lectura de los casos y realización de la hipótesis de intervención					
Planificación de las intervenciones					

Fuente: Elaboración propia.

El 4 de noviembre, se llevará a cabo la reunión donde se hará la selección de los casos que ya cuentan con expediente en ambas instituciones y se hará el diagnóstico de los principales riesgos sociales y necesidades.

El 18 de noviembre se llevará a cabo la reunión donde la USMIJ Inocencio Jiménez expondrá los casos donde se crea necesaria la derivación del niño o niña y su familia al C.M.S.S Delicias, y se hará el diagnóstico de los principales riesgos sociales y necesidades.

El 2 de diciembre se llevará a cabo la reunión donde el C.M.S.S Delicias expondrá los casos donde se crea necesaria la derivación del niño o niña y su familia a la USMIJ Inocencio Jiménez y se hará el diagnóstico de los principales riesgos sociales y necesidades.

El 16 de diciembre, se hará una lectura de los casos seleccionados, se pondrán en común los puntos de vista de todos los profesionales y se realizarán las hipótesis de las diversas intervenciones.

Por último, el 23 de diciembre, se organizarán los casos elegidos y se establecerán los acuerdos de la planificación de la intervención.

Una vez realizado el proceso de preparación del programa, se comenzará con la intervención con los niños, niñas y las familias. El programa comenzará con las intervenciones desde principios de enero. Se realizarán reuniones una vez por mes de una hora y media de duración (de 8:00 am a 9:30 am) y en cada una de ellas se deberá de rellenar el acta de reunión de coordinación.¹⁰

¹⁰ Ver Anexo 2. Metodología creada para el programa de intervención, 2.1 Acta de coordinación.

Ilustración 7: Reuniones de coordinación

REUNIONES DE COORDINACIÓN	27-ene.	24-feb.	30-mar.	27-abr.	25-may.	29-jun.	27-jul.	31-ago.	28-sep.	26-oct.	23-nov.	28-dic.
Primera reunión												
Segunda reunión												
Tercera reunión												
Cuarta reunión												
Quinta reunión												
Sexta reunión												
Séptima reunión												
Octava reunión												
Novena reunión												
Décima reunión												
Undécima reunión												
Doceava reunión												

Fuente: Elaboración propia

Los temas a tratar en cada reunión serán los siguientes:

- Diagnóstico conjunto de riesgos sociales (compartir información para implementar un plan de intervención)
- Mejoras en las intervenciones personalizadas de cada niño o niña y su familia.
- Seguimiento de cada caso.
- Nuevas necesidades que han surgido a lo largo de las intervenciones.
- Abordar las cuestiones aportadas por las instituciones invitadas a las reuniones.

Para establecer una efectiva coordinación, además de las continuas reuniones, existirá una constante comunicación por parte de la USMIJ Inocencio Jiménez, del C.M.S.S Delicias y del resto de instituciones requeridas, por medio de correos electrónicos y llamadas telefónicas.

4.8.2 Evaluación de los principales riesgos sociales y necesidades

Uno de los fines primordiales de este programa es evaluar de una forma conjunta los principales riesgos sociales y necesidades que los niños, niñas y sus familias presentan. Para ello, como hemos especificado anteriormente, los/as profesionales necesarios/as para cada caso se reunirán y realizarán la Evaluación de los principales riesgos sociales y las principales necesidades¹¹.

Para evaluar las necesidades y riesgos sociales de los niños y niñas de nuestro programa vamos a partir de El Plan Integral de Infancia y Adolescencia de Aragón 2010-2014.

“El Plan Integral de Infancia y Adolescencia de Aragón 2010-2014, define las necesidades de la infancia como aquellos elementos y circunstancias fundamentales que deben quedar suficientemente cubiertos y tenidos en cuenta para garantizar la supervivencia y correcto desarrollo y evolución de los niños, niñas y adolescentes”. (Alquézar et al, 2014:11).

¹¹ Ver Anexo 2. Metodología creada para el programa de intervención 2.3 Instrumento de evaluación de los principales riesgos sociales y necesidades.

4.9 Objetivos del programa

En este apartado vamos a especificar los distintos objetivos que tiene este programa. Estos objetivos se dividen en objetivos generales y específicos:

Nuestro objetivo general es establecer una adecuada intervención sanitaria y social desde la USMIJ Inocencio Jiménez en coordinación con el C.M.S.S Delicias, entre otras instituciones, detectando conjuntamente los principales riesgos sociales y vulnerabilidades sociales de los/as niños/as y las familias destinatarias del programa, logrando sus mejoras continuas en los ámbitos que resulten requeridos: sanitarios, económicos, emocionales, familiares, judiciales...

Objetivos específicos:

- Desarrollar y aplicar instrumentos para detectar las principales necesidades y riesgos sociales en los niños y niñas, desde la USMIJ Inocencio Jiménez de Zaragoza y el C.M.S.S Delicias.

- Establecer canales de comunicación y coordinación con el resto de las instituciones y dispositivos que intervengan en la vida del niño o niña.

- Garantizar que la atención proporcionada se realice con criterios de calidad y eficacia, manteniendo una continuidad de cuidados y evaluando los servicios y programas realizados.

- Potenciar los factores protectores de la salud mental y reducir los factores de riesgo social en los entornos familiares, escolares, comunitarios y sanitarios.

4.10 Principios y valores del programa

Los principios y valores del programa contribuyen a constituir un estilo de trabajo de los profesionales que lo componen y a establecer un marco de referencia sobre los límites aceptables de la actividad profesional:

- Compromiso: del conjunto de profesionales que aborden el presente programa, basado en un concepto ético del proceso asistencial, la utilización de la mejor evidencia técnica posible y el uso eficiente de los recursos disponibles.

- Autonomía: los servicios y profesionales deben respetar y promover la autosuficiencia y la capacidad de las personas con trastorno mental, así como fomentar su responsabilidad en las cuestiones que afecten a su salud mental, al proceso asistencial, y al uso adecuado de los recursos.

- Accesibilidad: la atención debe estar centrada en las necesidades del niño, de la niña y su familia, y los servicios deben estar organizados para dar respuesta a sus necesidades en tiempo y lugar adecuados.

- Calidad: promover una práctica de calidad, responsable, innovadora y rigurosa, basada en la evidencia científica, la experiencia y la evaluación de resultados.

-Eficiencia: conseguir la excelencia con un uso racional y sostenible de los medios disponibles.

-Satisfacción: de usuarios y profesionales.

-Evidencia: el empleo de procedimientos asistenciales y de gestión basados en la mejor evidencia disponible.

4.11 Metodología del programa

Para una atención integral al niño, niña y su familia, establecemos una metodología diferenciada para la intervención del trabajador social en dos líneas, siguiendo a Peña (2015):

-Línea de trabajo social directo con el menor:

-Trabajo individual familiar con el menor-familia: a través de la prevención y la rehabilitación, se pretende reforzar o restablecer el funcionamiento social del menor-familia. Con el fin primordial de disminuir y evitar posibles alteraciones con connotaciones más graves, como la desintegración familiar, el deterioro social o la indiferencia hacia la situación de salud.

-Trabajo grupal con el menor-familia: con fines integradores, formativos e informativos en situaciones de niños con las mismas patologías o familias en las mismas condiciones.

-Línea de trabajo social indirecto con el equipo de profesionales responsables del programa:

-Trabajo con el equipo de profesionales: donde aportarán conocimientos sobre los aspectos sociales y de funcionamiento social del menor y familia para integrarlos a su valoración y manejo sanitario.

-Trabajo comunitario con el menor-familia: a través de una efectiva coordinación con las instituciones presenten en la vida de los niños, niñas y familias.

Para la praxis profesional, siguiendo la línea de Peña (2015), se utilizarán diferentes modelos teóricos de intervención para enfocar de forma conceptual el desarrollo de los tratamientos sociales. Los/as destinatarios/as del programa son niños y niñas de 0 a 12 años y sus familias. El tiempo del que se dispone para potenciar un cambio es corto, por lo que se han considerado adecuados dos modelos teóricos para la intervención:

-El modelo de intervención en crisis: para conseguir que una persona, familia o grupo sean capaces de afrontar una situación traumática, disminuyendo los efectos negativos (daños físicos y psicológicos, estigmas emocionales) y se incremente la posibilidad de crecimiento de nuevas habilidades, opciones y perspectivas vitales.

-El modelo centrado en la resolución de problemas: identificando los elementos centrales del problema en el niño, niña y su familia y busca conocer los obstáculos que impidan el cambio.

-Dependiendo de la situación que los niños, niñas y familias presenten y en función de las habilidades específicas de cada profesional / equipo, también podrían ser utilizados otros modelos como: el conductista cognitivo, el sistémico, el psicodinámico, etc.

El proceso que los profesionales deberán seguir a lo largo de la intervención dentro del presente programa será (Rodríguez, 2010):

-Toma de contacto, registro y acuerdo de trabajo

-Registrar al niño o niña y su familia en el sistema de registro específico del programa¹³.

-Rellenar la ficha de ingreso al programa¹⁴ (Dicha ficha de ingreso al programa deberá de ser presentada y aceptada por la Comisión de Historias Clínicas del Sector Sanitario III de Zaragoza).

-Identificar y definir los principales riesgos sociales y necesidades del niño, niña y familia, a través del instrumento de Evaluación de los principales riesgos sociales y necesidades¹⁵

- Determinar cuáles son los recursos oportunos para resolverlos.

-Recogida de datos y valoración

-Recoger información y examinar el problema o la situación¹⁶.

- Decidir qué se necesita cambiar, que se puede modificar y cómo hacerlo.

-Planificación y definición del contrato¹⁷

-Formular objetivos.

-Evaluar posibles estrategias.

-Establecer un plan de intervención.

-Determinar quién debe hacer qué y dónde se debe hacer.

-Intervención y monitorización

-Promover el plan.

-Monitorizar el progreso.

-Revisar el plan si no progresa (seguimiento)¹⁸.

¹³ El sistema de registro se llevará a cabo a través de un Excel donde se recogen los principales datos de identificación del niño, de la niña y su familia.

¹⁴ Ver Anexo 2. Metodología creada para el programa de intervención, 2.2 Ficha de ingreso.

¹⁵ Ver Anexo 2. Metodología creada para el programa de intervención 2.3 Instrumento de evaluación de los principales riesgos sociales y necesidades.

¹⁶ Ver Anexo 2. Metodología creada para el programa de intervención 2.4 Diagnóstico y plan de intervención.

¹⁷ Ver Anexo 2. Metodología creada para el programa de intervención 2.4 Diagnóstico y plan de intervención.

¹⁸ Ver Anexo 2. Metodología creada para el programa de intervención 2.5 Seguimiento de la intervención.

-Evaluación final y cierre del episodio

- Evaluar el conjunto de los progresos.
- Dar por finalizada la intervención (realizar el informe de alta)¹⁹.
- Informar de los resultados al equipo o a la unidad básica asistencial.

4.12 Evaluación general del programa

Para llevar a cabo la evaluación general de nuestro programa nos hemos apoyado en los criterios establecidos por Véneto (2006):

Desde el Servicio Aragonés de Salud, se gestiona y controla la calidad asistencial, siendo uno de los objetivos básicos del modelo de asistencia a la Salud Mental Infanto Juvenil.

A través de esta evaluación pretendemos conocer el proceso de la actividad asistencial para racionalizar recursos, identificar necesidades y conocer los objetivos conseguidos.

4.12.1 Evaluación de la estructura

Buscamos conocer la accesibilidad, los recursos materiales, humanos y organizativos. Los indicadores serían, entre otros, el número de profesionales necesarios en el programa, la calidad de los sistemas de registro, el tiempo medio de espera de los/as niños, niñas y sus familias, los protocolos, las infraestructuras o dispositivos, y la coordinación entre las diferentes instituciones necesarias para cada niño, niña y su familia.

4.12.2 Evaluación de las actividades

Medir la cobertura del programa: porcentaje de individuos de la población infanto juvenil del Área de Salud que han entrado en contacto con el programa, el cumplimiento por parte de los usuarios y la satisfacción (es el resultado de la relación entre el/a niño, niña y sus familias y los profesionales del equipo que lo atiende).

4.12.3 Evaluación de los resultados de la asistencia

Los resultados de la asistencia se conocerán a través de indicadores estadísticos y estándares asistenciales cuantificables de tipo epidemiológico y administrativo, que darían cuenta de la eficacia (objetivos conseguidos por el programa en condiciones ideales), de la eficiencia (objetivos conseguidos en función de los costos) y de la efectividad (los resultados reales en la comunidad).

4.13 Indicadores de evaluación

4.13.1. Indicadores cuantitativos

-Indicadores de actividad para medir la cantidad de intervenciones que se ha llevado a cabo en el presente programa:

¹⁹ Ver Anexo 2. Metodología creada para el programa de intervención 2.6 Informe de alta.

-Nº total de casos vistos por unidad de tiempo (generalmente 1 mes) que se desglosa en: nº casos nuevos, nº revisiones.

-Nº total de contactos (revisiones) que estos casos generan.

- Nº de reuniones con otras instituciones.

-Nº de visitas domiciliarias.

- Definición de indicadores

-Nº de casos atendidos en el periodo de implantación del programa (12 meses)

-Nº de nuevos casos atendidos en el periodo de implantación del programa (12 meses)

-Nº de nuevos casos derivados desde la USMIJ Inocencio Jiménez en el periodo de implantación del programa (12 meses)

-Nº de nuevos casos derivados desde el C.M.S.S Delicias en el periodo de implantación del programa (12 meses)

-Indicadores de funcionamiento para medir el tipo de intervenciones y, sobre todo, la forma en que éstas se producen. Ofrecen información valiosa de la dinámica del servicio y su capacidad de dar respuesta a las demandas de la población que atiende.

-Tiempo en lista de espera antes del primer contacto.

-Nº de abandonos expresados por diagnóstico.

-Nº de citas preferentes por diagnóstico.

-Nº de retornos por diagnóstico.

-Nº de casos con contactos ininterrumpidos durante períodos de tiempo mayores de 6 meses, de 1 año y de 5 años.

4.13.2 Indicadores cualitativos

Miden los resultados de un proceso: su interés y aplicabilidad. Se centran más en las actuaciones de las diversas intervenciones que en la actividad global del programa.

-Indicadores basados en el análisis de resultados para conocer el grado de cumplimiento de los objetivos que se han establecido previamente en el programa o en las diversas intervenciones.

-Indicadores de satisfacción: a través de una encuesta²⁰ recogerán las apreciaciones subjetivas de los niños, niñas y sus familias. Con el fin de conocer más específicamente

²⁰ Ver Anexo 2. Metodología creada para el programa de intervención 2.8 Encuesta de evaluación para padres/madres y/o tutores; y 2.9 Encuesta de evaluación para niños y niñas.

-Problemas de accesibilidad (geográfica, burocrática, etc.) y disponibilidad (trato recibido, capacidad de generar confianza, etc.).

- Expectativas que los niños, niñas y sus familias tienen cuando ingresan en el programa.

-Indicadores de calidad de vida: con el objetivo de medir la repercusión que las intervenciones realizadas dentro del programa han tenido en todos los ámbitos de la vida del niño, niña y su familia.

4.13.3 Principales variables

Con el fin de unificar criterios entre todos los profesionales que participan en el presente programa realizamos una serie de definiciones con las que construimos los indicadores asistenciales, para que los datos que se recojan puedan ser comparables entre las distintas áreas.

-1ª Consulta: Primera vez que un niño, niña y su familia, seleccionada previamente por los profesionales para participar en presente programa, es atendida por el equipo responsable del programa en la USMIJ Inocencio Jiménez.

-Procedencia o remitente: la institución o profesionales que envían al niño, niña o familia a la USMIJ Inocencio Jiménez o al C.M.S.S Delicias.

-Seguimiento: Todas aquellas visitas sucesivas a la primera, propuestas o generadas por el equipo responsable del programa en la USMIJ Inocencio Jiménez.

-Retorno: todo niño, niña y su familia, que vuelva a formar parte del programa cuando haya transcurrido un mínimo de 6 meses desde el contacto anterior.

-Alta: Todas las altas realizadas a instancias o asumidas por todo el equipo responsable de la USMIJ Inocencio Jiménez y por el Equipo de Infancia y Familia del C.M.S.S Delicias. El alta se registrará siempre en la Historia Clínica junto con la modalidad en que ésta se produce. Se acompañará siempre de informe para el paciente, para médico de Atención Primaria y para la Historia Clínica.

-Fin de la intervención: se han cumplido todos los objetivos con el niño, la niña y su familia.

-Derivación o traslado.

-Voluntaria (decidida por el paciente de forma unipersonal).

-Fallecimiento (indicando la causa).

-Abandono: cuando el niño, niña o su familia decide no recibir la intervención de los profesionales del programa. A diferencia con el alta voluntaria, los usuarios no notifican su intención de abandonarlo, tampoco avisan, ni disculpa su ausencia a la cita. Para considerar una situación de abandono deben transcurrir 3 meses desde el último contacto.

-Lista de espera: se contempla una vez que el niño, niña o su familia son seleccionados para recibir la intervención dentro del programa y se encuentra en espera de realizar la primera consulta. Se recomienda que la lista de espera no supere los quince días.

4.13.4 Presentación de la evaluación a las instituciones

Tras conocer la evaluación del programa, se realizará la Jornada de Final del Programa el 13 de febrero de 2021, de 9:00 am a 11:00 am (tres horas). Serán invitadas todas las instituciones que han participado en las intervenciones y será protagonizada por los profesionales de la USMIJ Inocencio Jiménez. Éstos serán los encargados de recoger los datos necesarios para presentar la evaluación final del programa, preparar las dificultades que se han ido encontrando a lo largo del proceso y un agradecimiento por la colaboración de todas las instituciones.

Además, se realizará un debate entre todos los presentes con el fin de recoger propuestas de mejora y cuestiones que resulten necesarias.

4.14 Recursos

El desarrollo de nuestro programa precisa de recursos humanos asignados y recursos materiales específicos. Dichos recursos deberán de respetar los derechos de los niños y las niñas remarcando el derecho a ser tratados/as de una manera específica y diferenciadora respecto a las personas adultas que sufren enfermedad mental. (Servicio Aragonés de Salud, 2003).

4.14.1. Recursos Humanos

Como venimos diciendo, el trabajo que se realiza es multidisciplinar y en red, comprometido con los objetivos y actuando siempre con un enfoque comunitario. Por ello necesitaremos diferentes especialistas.

Los equipos responsables del programa están compuestos por profesionales que ya forman parte de los equipos de las instituciones en cuestión (USMIJ Inocencio Jiménez y C.M.S.S Delicias) y que son especialistas en el ámbito de la infancia y juventud; todos/as deben de ser complementarios en la atención integral del/a usuario/a, por lo que todos/as los/as profesionales que estén trabajando desde el presente programa, deberán conocer y observar cada caso. Además, todas las áreas están en continua interrelación y constituidas unas con otras, siguiendo un enfoque comunitario.

El equipo responsable del programa de la USMIJ Inocencio Jiménez estará compuesto por:

- Un/a trabajador/a social
- Un/a psicólogo/a
- Un psiquiatra
- Un/a enfermero/a especializado en salud mental

El equipo de coordinación del C.M.S.S Delicias 1 estará compuesto por:

- Un/a trabajador/a social
- Un/ psicólogo/a

-Un/a educador/a social

El equipo de coordinación del C.M.S.S Delicias 2 estará compuesto por:

-Un/a trabajador/a social

-Un/ psicólogo/a

-Un/a educador/a social

Por lo tanto, por un lado, encontramos al Servicio Aragonés de Salud (Salud) como el encargado de los/as profesionales de la USMIJ Inocencio Jiménez, y por otro, al Ayuntamiento de Zaragoza, quien promueve la implementación de los recursos humanos del C.M.S.S Delicias. Estos equipos deberán contar dentro de sus horarios laborales con la asignación horaria y organizativa necesaria para la puesta en marcha, coordinación, ejecución, seguimiento y evaluación del mismo.

Entendemos que, dadas las características de mejora interna del servicio, estos recursos humanos son la base fundamental del programa y supondría el mayor coste financiero y de reestructuración de funciones de los profesionales.

4.14.2 Recursos Materiales

Los recursos materiales tanto de la USMIJ Inocencio Jiménez, como los del C.M.S.S Delicias van a ser los siguientes:

-Material fungible: folios, bolígrafos, archivadores, carpetas

-Instalaciones: despachos de los profesionales, sala de reunión

-Mobiliario: sillas, mesas, armarios, estanterías, etc.

-Material audiovisual: ordenadores, proyectores, etc.

-Instrumentos específicos: teléfonos, instrumentos de evaluación, registro de los usuarios, acta de reuniones, etc.

-Transporte: bonobuses para los profesionales, 40 viajes para cada uno.

4.15 Presupuesto y fuentes de financiación

Para calcular los gastos económicos que va a suponer la realización de este programa de intervención, se tendrá en cuenta tanto el costo añadido de movilidad, coordinación y seguimiento del programa por parte de los profesionales mencionados, como el coste de los materiales fungibles para las reuniones.

Tanto el aula con el mobiliario, como el equipo de proyección y las instalaciones son recursos estructurales²¹, y por lo tanto, cedidos por la USMIJ Inocencio Jiménez durante la puesta en marcha del programa. Así pues, no son contabilizadas en el presupuesto del programa.

Los/as profesionales que forman parte del programa, son recursos humanos asignados²² desde sus respectivas instituciones. Por lo que este programa no presenta costes económicos en este aspecto.

RECURSOS HUMANOS ASIGNADOS DESDE LA USMIJ INOCENCIO JIMÉNEZ	
PROFESIONAL	HORAS ASIGNADAS
Trabajadora social y directora del programa	20 horas mensuales
Psiquiatra	10 horas mensuales
Psicólogo/a	10 horas mensuales
Enfermero/a	10 horas mensuales
Administrativo	10 horas mensuales

RECURSOS HUMANOS ASIGNADOS DESDE EL C.M.S.S DELICIAS 1	
PROFESIONAL	HORAS ASIGNADAS
Trabajador/a social	10 horas mensuales
Educador/a social	10 horas mensuales
Psicólogo/a	10 horas mensuales

²¹ Los recursos estructurales son recursos de la organización que no tienen una vinculación específica con el proyecto pero constituyen un soporte genérico al proyecto, según García y Ramírez (2006).

²² Recursos asignados son aquellos de los que dispone la entidad promotora o colaboradora y que se vinculan de forma directa y concreta, total o parcialmente, al desarrollo del proyecto, según García y Ramírez (2006).

RECURSOS HUMANOS ASIGNADOS DESDE EL C.M.S.S DELICIAS 2	
PROFESIONAL	HORAS ASIGNADAS
Trabajador/a social	10 horas mensuales
Educador/a social	10 horas mensuales
Psicólogo/a	10 horas mensuales

Destacar que, una de las funciones principales de los profesionales de la USMIJ Inocencio Jiménez es la coordinación ²³ con otros dispositivos de atención a la infancia/juventud, tal y como recoge el Servicio Aragonés de Salud (2003).

Para los costes de movilidad, coordinación y seguimiento del programa por parte de los profesionales y con el objetivo de facilitar la asistencia a las reuniones se procederá a la asignación de un bonobús para cada profesional, con 40 viajes disponibles. El coste de esta cantidad de viajes asciende a 27 euros por persona (10 profesionales) , con un total de 270 euros.

En cuanto al coste de las fotocopias de contenido, los folios, las carpetas y los bolígrafos queda reflejado en la siguiente tabla:

Recursos específicos:

MATERIAL	PRECIO POR UNIDAD	CANTIDAD	TOTAL
Folios	3€	2 resmas	6€
Carpetas	0,80€	13 unidades	10,40€
Bolígrafos	0,25€	20 unidades	5€
Fotocopias	0,04€	400 unidades	16€
Bonobús (40 viajes)	27€	10 unidades	270€
			TOTAL = 307,04€

²³La coordinación es una exigencia fundamental para el desarrollo de la salud mental infanto juvenil, tanto en su dimensión interna (en el propio equipo) como en su proyección externa (los servicios de salud mental, con otros servicios de atención infanto juveniles).

Por otro lado, es importante señalar que concebimos la coordinación en salud mental infanto juvenil como una función a desarrollar en distintos niveles, pero siempre debiendo ser asumida por personal de los equipos infanto juveniles, dado que la especificidad de este ámbito clínico así lo exige. (Servicio Aragonés de Salud, 2003).

Se ha planificado tanto una Jornada de Presentación del Programa como una Jornada Final del Programa. Para su realización los costes serán los siguientes:

-Jornada de Presentación del Programa

RECURSOS ESPECÍFICOS	CANTIDAD	PRECIO	TOTAL
Alquiler de una sala acondicionada para el acto	1	100 euros	100 euros
Dieta para los profesionales	4	15 euros	60 euros
Desplazamiento para los profesionales	4	5 euros	20 euros
			_TOTAL 180€

-Jornada Final del programa:

RECURSOS ESPECÍFICOS	CANTIDAD	PRECIO	TOTAL
Alquiler de una sala acondicionada para el acto	1	100 euros	100 euros
Dieta para los profesionales	4	15 euros	60 euros
Desplazamiento para los profesionales	4	5 euros	20 euros
			_TOTAL 180€

Por lo tanto, la financiación total de gestión del presente programa se estima de **667,04** euros al año.

CONCLUSIONES

A modo de conclusión, podemos decir que a través de la realización de este Trabajo fin de Grado hemos logrado aprender y profundizar conocimientos teóricos sobre la atención en salud mental infanto juvenil y ser conscientes de las necesidades que presenta este colectivo a la hora de ser atendidos por los equipos profesionales.

Los problemas de salud mental en la infancia, provocan serias dificultades en lo que respecta a la calidad de vida del niño, niña y de su familia, así como en el entorno educativo y social. De acuerdo con esto, desde el área del Trabajo Social, se trabaja fundamentalmente de forma continuada con las familias. Para ello, deben proponerse programas y proyectos considerando en todo momento a los usuarios y a las familias de éstos, facilitando la cooperación y posibilitando la continuidad del tratamiento desde las diferentes áreas.

En relación a la práctica profesional, es imprescindible un abordaje comunitario, basado en el trabajo en red. Los profesionales de las diferentes áreas e instituciones deben estar en continua interacción y trabajar en una misma línea, siendo dinámicos y contando con una adecuada coordinación en todo momento. Además, es importante que los profesionales refuercen sus conocimientos en teorías psicoanalíticas (teorías sobre el vínculo afectivo, los primeros años de vida...), teorías sistémicas y ecológicas; y que sistematicen su práctica con instrumentos y técnicas en la línea de entrevistas en profundidad, grupos, genogramas, cuestionarios de apoyo social, etc.

Por lo tanto, en este caso, se diseña el programa para mejorar la calidad de vida de los niños, niñas y sus respectivas familias, con el fin de que la salud mental de estos casos no se agrave en un futuro y se pueda mejorar su salud y bienestar, abordando el ámbito sanitario y social.

No obstante, en cuanto a las dificultades encontradas para el diseño del proyecto, partíamos del desconocimiento de cómo desarrollarlo al ser un tema pionero. En Aragón, aún no se ha creado ningún programa de esta índole y en casi ninguna otra comunidad autónoma, por lo que a la hora de realizar búsquedas bibliográficas nos hemos encontrado con grandes dificultades, apenas aparecía información. Las únicas fuentes bibliográficas que abordaban una situación parecida a la nuestra, eran documentos escritos en catalán.

Al establecer la financiación, encontramos mucha confusión porque no es un programa que necesite de recursos externos, sino una organización de lo ya existente. Además, a la hora de realizar entrevistas tanto a profesionales como a asociaciones relacionadas con el programa, algunas no se pudieron llevar a cabo debido a la saturación de estos servicios.

Por todo esto, es imprescindible que la atención social en este entorno siga ampliándose y desarrollándose diversas formas de actuación, tratando de atender al usuario en su contexto más próximo y proporcionando herramientas que le ayuden a su adaptación social, procurando que su integración social sea más fácil.

Finalmente, como futuras trabajadoras sociales vemos necesario destacar el papel que juega el trabajador social en este campo específico. Su inclusión como profesional de esta área, representa la notoria evolución en lo que respecta al entorno más social y relacional del paciente y la inserción de éste en la sociedad, en correlación con su entorno de actuación.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, M. (2013). Trabajo Social. *Concepto y Metodología*. Madrid: Ediciones Paraninfo, S.A. y Consejo General del Trabajo Social.
- Alquézar, A., Docón, P., Doñate, I., Pardo, A., Pros, A., Recio, I., Vicente, P.A., y Zabala, B. (2014). *Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de desprotección infantil en Aragón*. En línea. Consultado el 7 de mayo de 2018 de: https://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesServiciosSociales/IASASS_new/Documentos/infancia/MALTRATO-2014-valoracion-gravedad-menores.pdf
- Aragonés, T. (2008). Nuevos roles en la familia. *Salud Mental, diversidad y cultura* (129-140). Valladolid, España: Asociación Española de Neuropsiquiatría Estudios-Gráficos Andrés Martín S.L
- Associació Balear de Salut Mental (2005). *Plan de acció de salut mental - Helsinki*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. En línea. Consultado el 10 de marzo de 2018 de: <http://www.aen.es/web/docs/Helsinki05.pdf>
- Ayuntamiento de Zaragoza. (2016). Servicios Sociales Comunitarios Memoria 2016. *Área de presidencia y Derechos Sociales*. En línea. Consultado el 7 de junio de 2018 de: <http://www.zaragoza.es/contenidos/derechosociales/memorias/1MEMORIASERVICIOSSOCIALESCOMUNITARIOS2016.pdf>
- Ayuntamiento de Zaragoza. (2018). *La ciudad de Zaragoza*. En línea. Consultado el 2 de mayo de 2018 de: <https://www.turismodezaragoza.es/zaragoza-ciudad.html>
- Ayuntamiento de Zaragoza. (2018). Centro Municipal de Servicios Sociales Centro. En línea. Consultado el 8 de mayo de 2018 de: https://www.zaragoza.es/ciudad/centros/detalle_Centro?id=765
- Ayuntamiento de Zaragoza. (2018). Derechos Sociales. *Programa de Apoyo Familiar*. En línea. Consultado el 7 de junio de 2018 de: https://www.zaragoza.es/ciudad/sectores/social/detalle_Tramite?id=3309
- Bellamy. (2005). Estado mundial de la infancia. *La infancia amenazada*. En línea. Consultado el 2 de mayo de 2018 de: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=potYZ5ZQwl8C&oi=fnd&pg=PR5&dq=unicef+2005+infancia&ots=DAWXs3B6oh&sig=KJmXN1uFT7E4dIlgXM-2XuOCKPWU#v=onepage&q=unicef%202005%20infancia&f=false>
- Barg, L. (2006). Lo interdisciplinario en salud mental: *niños, adolescentes, sus familias y la comunidad*. Espacio Editorial.
- Beck, E. (2003). La reinención de la familia: *en busca de nuevas formas de convivencia*. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Beneyto, C.L. (2006). *Programa de Atención a la Salud Mental Infanto Juvenil de la Comunidad de Canarias*. En línea. Consultado el 3 de mayo de 2018 de: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/411a613b-f82c-11dd-b1fa-a5269341ea94/Salud_mental.pdf

- Borges, C. D. y de Faria, J. G. (2017). Redes Sociais e Atenção em Saúde Mental: Uma Revisão da Literatura. *Revista de Psicologia da IMED*, 9(1), (159-174). En línea. Consultado el 15 de marzo de 2018 de: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/1798>
- Caro, I. A. (1999). Salud mental infanto-juvenil en España. *Revista pediatria de atención primaria*, 1(3). En línea. Consultado el 3 de abril de 2018 de: http://sid.usal.es/idocs/F8/ART13763/salud_mental_infanto_juvenil.pdf
- Castro, F.J., García, E., Castro, M., Monzón, J y Martín, F. V. (2012). *Salud mental: infancia, familia y cuidados* Revista de Psiquiatría infanto-juvenil, 29(1) (11-24). En línea. Consultado el 3 de abril de 2018 de: http://aepnya.com/revistas/1_2012.pdf
- Comisión de las Comunidades Europeas. (2005). *Libro verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*. En línea. Consultado el 5 de marzo de 2018 de: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf
- Confederación de Salud Mental España. (2016). *Faltan recursos y coordinación para atender los problemas de salud mental de niños y jóvenes*. En línea. Consultado 2 de febrero de 2018 de: <https://consaludmental.org/general/faltan-recursos-salud-mental-infanto-juvenil-28539/>
- Confederación de la Salud Mental en España. (2018). *Salud mental en España y los problemas de salud mental. ¿Qué entendemos por salud mental?* En línea. Consultado el 2 de febrero de 2018 de: <https://consaludmental.org/informate/>
- Consejo General del Trabajo Social. (1993). *Dictamen del Consejo General de trabajadores sociales sobre funciones profesionales del trabajo social*.
- De la Red, N. (1993). *Aproximaciones al Trabajo Social*. Madrid: Editorial Siglo XXI.
- Dirección de Salud Mental Servicio Navarro de Salud. (2012). *Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra*. En línea. Consultado el 3 de mayo de 2018 de: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/F349F797-9858-4326-8974-2EF2B7812FCB/250077/PlanSMNaAgosto2013.pdf>
- Espinar, I. (2006). Las rupturas familiares en la salud mental de los y las adolescentes. *La salud mental de las personas jóvenes en España*. Revista de Estudios de Juventud. 84, (27-45).
- Flores, M., García-Gómez, P., y Zunzunegui, M. V. (2014). Crisis económica, pobreza e infancia. *¿Qué podemos esperar en el corto y largo plazo para los “niños y niñas de la crisis”?* Informe SESPAS 2014. Gaceta sanitaria 28, (132-136).
- Friedman, R. M., Katz-Leavy, J. W., Manderscheid, R. W., y Sondheimer, D. L. (1996). *Prevalence of serious emotional disturbance in children and adolescents*. Mental Health, United States.
- Garcés, E. M^a. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de trabajo social* (23), 333-352.

- García, F. (2001). Modelo ecológico/modelo integral de intervención en atención temprana. *XI Reunión interdisciplinar sobre poblaciones de alto riesgo de deficiencias*. Madrid. Universidad de Murcia.
- García, G., y Ramírez, J.M. (2006) *Manual práctico para elaborar proyectos sociales*, Madrid, España: Siglo XXI.
- Garicano. (2015). La Salud Mental, una inversión prioritaria. *El País. En línea*. Consultado el 15 de marzo de 2018 de: https://elpais.com/economia/2015/11/13/actualidad/1447417723_521436.html
- Gobierno de Aragón. (2018). *Sectores sanitarios. En línea*. Consultado el 3 de mayo de 2018 de: http://aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/GuiaCentrosServiciosSanitarios/OrdenacionSanitaria/CartografiaZaragoza/Sectores_Zaragoza_052008.pdf
- Gobierno de Aragón. (2018). *Delicias. Junta Municipal. En línea*. Consultado el 29 de abril de 2018 de: <https://www.zaragoza.es/contenidos/presupuestos-participativos/Ebropolis/5-Delicias.pdf>
- Gobierno de España (1986). *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. En línea*. Consultado el 3 de abril de 2018 de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>
- Gobierno de España. (2016). *Ley 6/2002 de 15 de abril de Salud de Aragón. En línea*. Consultado el 3 de abril de 2018 de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-9667-consolidado.pdf>
- Gobierno de España. (2006). *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre. En línea*. Consultado el 3 de abril de 2018 de: http://www.seg-social.es/Internet_1/Normativa/097419?ssSourceNodeId=1139#ANEXOIII
- González, M. (2011). *¿Menores o niñas, niños y adolescentes? Reflexiones en el contexto del debate en américa latina. En línea*. Consultado el 4 de mayo de 2018 de: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3011/7.pdf>
- Grupo Promotor del Comité de Ética en Intervención Social del Principado de Asturias (2013). *Confidencialidad en Servicios Sociales. Guía para mejorar las intervenciones profesionales*. Oviedo. Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias. En línea. Consultado el 19 de junio de 2018 de: https://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF_TEMAS/Asuntos%20Sociales/Calidad/guia_confidencialidad_doble_cara.pdf
- Humanium. (1959). *Declaración de los Derechos del Niño. En línea*. Consultado el 3 de abril de 2018 en: <http://www.humanium.org/es/wp-content/uploads/2013/09/Declaraci%C3%B3n-de-los-Derechos-del-Ni%C3%B1o1.pdf>
- Ituarte, A. (1992). *Procedimiento y Proceso en Trabajo Social Clínico*.
- Larraz, A. Gómez, L. I. y Vicente, A. (2002). *Plan Estratégico 2002-2010 de atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón. En línea*. Consultado el 3 de abril de 2018 de: <http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/20/docs/Areas/Informaci%C3%B3n%20al%20ciudadano/Salud%20mental/Publicaciones/PLAN ESTRATEGICO 2002 2010 ATEN SALUD MENTAL COMUNIDAD AUTONOMA ARAG 2002.pdf>

- Lavell, A. (2001). *Sobre la gestión del riesgo: apuntes hacia una definición*. Biblioteca Virtual en Salud de Desastres-OPS. En línea. Consultado el 2 de febrero de 2018 de: http://www.undp.org/content/dam/undp/documents/cpr/disred/espanol/_glr_andino/docs/METODOLOGIA%20DE%20SISTEMATIZACION%20PARA%20DIAGRAMAR/apuntes_hacia_una_definicion_de_la_gestion_de_riesgo_Allan_Lavell.pdf
- Lázaro, S., Rubio, E y Juárez, A. (2010). *Aprendiendo la práctica del Trabajo Social*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas
- Lázaro, I.; Halty, A.; Meneses, C.; Perazzo, C.; Roldán, A.; Rúa, A y Uroz, J. (2014). Vulnerabilidad y exclusión en la infancia. *Hacia un sistema de información temprana sobre la infancia en exclusión*. En línea. Consultado el 4 de mayo de 2018 de: http://www.huygens.es/ebooks/UNICEF_03.pdf
- Macionis, J y Plummer, K, (2011) *Sociología. Familias y hogares* (pp.538-540) Madrid, España: Prentice Hall (4ª edición).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016*. En línea. Consultado el 15 de abril de 2018 de: https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/infancia/DchosInfancia/docs/IIPlanEstrategico2013_2016.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016). *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016. Estrategias y Acciones destacables. Comunidad Autónoma de Aragón*. En línea. Consultado el 15 de abril de 2018 de: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/Aragon.pdf>
- Miranda, M. Garcés, E. Sarasola, A. Merino, J. A y Seva, A. (1990). Sobre el concepto de salud y el sistema sanitario desde el Trabajo Social. *Trabajo Social y Salud*. 6, (75-107).
- Moré, C. L. O. O., y Crepaldi, M. A. (2012). O mapa de rede social significativa como instrumento de investigação no contexto da pesquisa qualitativa. *Nova Perspectiva Sistémica*, 21(43), (84-98).
- Moya, J. (2012). *Elements bàsics de salut mental per a professionals de l'àmbit social*. En línea. Consultado el 2 de mayo de 2018 de: http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/01departament/08publicacions/coleccions/eines/num_12/eines12_sensepres.pdf
- Myers, F, McCollam, A. y Woodhouse, A. (2005). *National Programme for Improving Mental Health and Well-Being Addressing. Mental Health Inequalities in Scotland*. En línea. Consultado el 1 de mayo de 2018 de: <http://www.gov.scot/Resource/Doc/76169/0019049.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). *Declaración europea de salud mental*. En línea. Consultado el 20 de marzo de 2018 de: http://mago.easp.es/iicongresosaludmental/archivos-link/d1_OMS.pdf

- Organización Mundial de la salud (OMS). (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. En línea. Consultado el 15 de abril de 2018 de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=26508978E1927E4F3BDA2A3A850E40E1?sequence=1
- Palacios, J., y Castañeda, E. (2009). *La primera infancia (0-6 años) y su futuro*. Organização dos Estados Ibero-americanos para a Educação, a Ciência e a Cultura= Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
- Peña, M^a, M. (2015) *El Treball Social Sanitari en l'atenció del risc social i la disfunció social durant l'edat pediàtrica*. En línea. Consultado el 5 de junio de 2018 de: <https://treballsocialsanitariics.files.wordpress.com/2016/03/treball-social-sanitari-en-latencio-del-risc-social-i-la-disfuncio-social-en-pediatria-doc-marc.pdf>
- Pérez, R (2017) Salud mental infantil: avances en un terreno (casi) inhóspito. *El Mundo*. En línea. Consultado el 16 de febrero de 2018 de: <http://www.elmundo.es/comunidad-valenciana/alicante/2017/11/30/5a1efdc6e5fdeac2028b458a.html>
- Real Academia de la Lengua Española, RAE (2018). Def. Familia. En línea. Consultado el 1 de junio de 2018 de: <http://dle.rae.es/?id=HZnZiow>
- Robles, Rubio, De la Rosa y Nava, (2016) *Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud*. En línea. Consultado el 10 de mayo de 2018 de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2016/rr163d.pdf>
- Rodríguez, P. (2010) *Document marc de treball social sanitari a pediatria. Àrea de Treball Social, Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat*. En línea. Consultado el 7 de mayo de 2018 de: <https://treballsocialsanitariics.files.wordpress.com/2015/10/document-marc-de-treball-social-sanitari-a-pediatria-institut-catalc3a0-de-la-salut-c3a0mbit-barcelona-ciutat-2010.pdf>
- Servicio aragonés de Salud. (2003). *Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil 2003- 2010*. En línea. Consultado el 2 de febrero de 2018 de: http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/20/docs/Areas/Informaci%C3%B3n%20al%20ciudadano/Salud%20mental/Publicaciones/PROGRAMA_ATENCION_SALUD_MENTAL_INFANTO_JUVENIL_2003.pdf
- Sistema Nacional de Salud (2007) *Salud Mental: Organización y dispositivos*. En línea. Consultado el 15 de abril de 2018 de: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/SALUD_MENTAL_ORGANIZACION_Y_DISPOSITIVOS.pdf
- Ubieta, J. R. (2007). Modelos de trabajo en red. *Educación Social*, 36, 26-39. Consultado el 15 de mayo de 2018 de: <http://www.interxarxes.com/wp-content/uploads/2017/10/01.-modelos-de-trabajo-en-red-jr-ubieta.pdf>
- Unicef (2006) *Convención sobre los derechos del niño*. En línea. Consultado el 15 de abril de 2018 de: <http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

-Ulla, L y Giomi, C. (2006). *Guía para la Elaboración de Proyectos Sociales*. Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial: Instituto para la cultura la innovación y el desarrollo.

ANEXOS

Anexo 1: Contacto y localización de los colegios e institutos del barrio Delicias

1.1 Colegios públicos

Ilustración 9: Colegios públicos Delicias

Colegios Públicos	Dirección y contacto	Enseñanza
C.P Ana Mayayo	C/ Alfonso Carlos Comín Ros nº2, C.P 50017 Telf. 976332797	Educación Infantil y Primaria
C.P Andrés Manjón	C/ Delicias nº 90, C.P 50017 Telf. 976331728	Educación Infantil y Primaria
C.P Antonio Beltrán Martínez	Avda. Vía Hispanidad nº68, C.P 50017 Telf. 976332864	Educación Infantil y Primaria
C.P Ciudad de Zaragoza	C/Escultor Palao nº 17 C.P 50017 Telf. 976314620	Educación Infantil y Primaria
C.P Emilio Moreno Calvete	C/ Paseo Calanda, nº 13, C.P 50010 Telf. 976 53 19 38	Educación Infantil y Primaria
C.P José Camón Aznar	Avda. de Navarra, 141 C.P 50017 Telf. 976329102	Educación Infantil y Primaria
C.P José María Mir	C/ Duquesa Villahermosa nº 58, C.P 50010 Telf. 976 34 44 01	Educación Infantil y Primaria

C.P Juan XXIII	C/ Juan XXIII nº 2, C.P 50010 Telf. 976 33 74 78	Educación Infantil y Primaria
C.P Monsalud	C/ Marianela García Villas nº 1, C.P 50017 Telf. 976300001	Educación Infantil y Primaria

Fuente: Elaboración propia

1.2 Colegios concertados

Ilustración 10: Colegios concertados Delicias

Colegios Concertados	Dirección y contacto	Enseñanza
C. C. Hijas de San José	C/ Duquesa Villahermosa nº 16, C.P 50010 Telf. 976333524	Educación Infantil, Primaria y Secundaria
C.C Padre Enrique de Ossó	C/ Enrique de Ossó nº 2- 4, C.P 50017 Telf. 97631838	Educación Infantil, Primaria y Secundaria

Fuente: Elaboración propia

1.3 Institutos públicos

Ilustración 11: Institutos públicos Delicias

Institutos Públicos	Dirección y contacto	Enseñanza
I.E.S El Portillo	C/ Juan XXIII nº 3, C.P 50010 Telf. 976336433	Secundaria
I.E.S Félix de Azara	C/ Ramiro I de Aragón s/n, C.P 50017 Telf. 976347690	Secundaria

I.E.S Jerónimo Zurita	Avda. Juan Carlos I, nº 11, C.P C.P 50009 Telf. 976353361	Secundaria
I.E.S Santiago Hernández	Avda. Navarra, nº 141, C.P C.P 50017 Telf. 976324200	Secundaria

Fuente: Elaboración propia

Anexo 2: Metodología diseñada para el programa de intervención

2.1 Acta de reunión

ACTA DE REUNIÓN DE COORDINACIÓN

Apertura:

La reunión de coordinación del presente programa fue debidamente convocada y realizada el día ____/____/____, en, y comenzó a las ____:____ horas.

Estuvieron presentes:

- Equipo responsable del programa por parte de la USMIJ Inocencio Jiménez:

TRABAJADOR/A SOCIAL	NOMBRE:
ENFERMERO/A ESPECIALISTA EN SM	NOMBRE:
PSICÓLOGO/A	NOMBRE:
PSIQUIATRA	NOMBRE:

- Equipo responsable del programa por parte del Centro Municipal Servicios Sociales 1:

EDUCADOR/A SOCIAL	NOMBRE:
TRABAJADOR/A SOCIAL	NOMBRE
PSICÓLOGO/A	NOMBRE:

- Equipo responsable del programa por parte del Centro Municipal Servicios Sociales 2:

EDUCADOR/A SOCIAL	NOMBRE:
TRABAJADOR/A SOCIAL	NOMBRE
PSICÓLOGO/A	NOMBRE:

- Instituciones invitadas:

FIRMAS DE LOS PRESENTES:

2.2 Ficha de ingreso

FICHA DE INGRESO AL PROGRAMA

Nº de caso.....

1. DATOS DEL NIÑO/NIÑA

Nombre:.....

DNI:..... Fecha de nacimiento.....

Lugar de nacimiento..... Nacionalidad.....

Dirección C.P.....

-ACADÉMICOS

Escuela..... Curso actual.....

Nombre de la tutora escolar.....

2. DATOS DE LOS TUTORES DEL NIÑO/NIÑA

-PRIMER TUTOR

Nombre:..... Parentesco.....

DNI:..... Fecha de nacimiento.....

Lugar de nacimiento..... Nacionalidad.....

Dirección C.P.....

Estado civil..... Número de contacto.....

-SEGUNDO TUTOR

Nombre:..... Parentesco.....

DNI:..... Fecha de nacimiento.....

Lugar de nacimiento..... Nacionalidad.....

Dirección C.P.....

Estado civil..... Número de contacto.....

3. ANTECEDENTES DE ATENCIÓN

USMIJ Inocencio Jiménez
C.M.S.S DELICIAS

2.3 Instrumento de evaluación de los principales riesgos sociales y necesidades

EVALUACIÓN DE LOS PRINCIPALES RIESGOS SOCIALES Y NECESIDADES

Nº de caso.....

EVALUACIÓN DEL NIÑO/A

<u>DIMENSIÓN BIENESTAR FÍSICO</u>	<u>INDICADOR DE EVALUACIÓN</u>	<u>EVALUACIÓN</u>
Alimentación:	Adecuada alimentación de la madre durante el embarazo y lactancia	
	Alimentación suficiente, variada y adaptada a la edad	
Temperatura:	Condiciones de vivienda y vestido adecuadas	
Higiene:	Corporal	
	Vivienda	
	Vestimenta	
Sueño:	Horas suficientes según la edad	
	Espacio protegido y silencioso	
Salud	Revisiones suficientes a edad	
	Estado actual de salud	

Actividades físicas	Espacio con juguetes y otros menores	
	Libertad de movimiento en el espacio	

<u>DIMENSIÓN BIENESTAR EMOCIONAL</u>	<u>INDICADOR DE EVALUACIÓN</u>	<u>EVALUACIÓN</u>
Disposición de relaciones seguras, estables y afectivas con adultos significativos:	Apego incondicional	
	Capacidad de protección	
	Capacidad de control	

<u>DIMENSIÓN BIENESTAR SOCIAL</u>	<u>INDICADOR DE EVALUACIÓN</u>	<u>EVALUACIÓN</u>
Disposición de orientación y límites a la conducta:	Disciplina consistente, entendida como enseñanza y transmitida con empatía y afecto.	
Red de relaciones sociales:	Relaciones de amistad y compañerismo	
	Actividades conjuntas con otras familias con hijos e hijas	

<u>DIMENSIÓN BIENESTAR SENSORIAL</u>	<u>INDICADOR DE EVALUACIÓN</u>	<u>EVALUACIÓN</u>
Estimulación sensorial:	Estimular los sentidos	
	Entorno con estímulos	

EVALUACIÓN DEL TUTOR/A O TUTORES

<u>DIMENSIÓN BIENESTAR EMOCIONAL</u>	<u>INDICADOR DE EVALUACIÓN</u>	<u>EVALUACIÓN</u>
	Estabilidad Mental	
	Estrés, sentimientos negativos	
	Satisfacción, Autoconcepto	

<u>DIMENSIÓN RELACIONES INTERPERSONALES</u>	<u>INDICADOR DE EVALUACIÓN</u>	<u>EVALUACIÓN</u>
	Relaciones sociales adecuadas	
	Relaciones familiares adecuadas	
	Relaciones de pareja adecuadas	
	Contactos sociales positivos y gratificantes	

<u>DIMENSIÓN BIENESTAR MATERIAL</u>	<u>INDICADOR DE EVALUACIÓN</u>	<u>EVALUACIÓN</u>
	Condiciones de la vivienda adecuadas para las necesidades de la unidad familiar	
	Condiciones del lugar de trabajo adecuadas	
	Empleo	
	Ingresos	
	Salario	
	Alimentación adecuada	

<u>DIMENSIÓN BIENESTAR FÍSICO</u>	<u>INDICADOR DE EVALUACIÓN</u>	<u>EVALUACIÓN</u>
	Atención sanitaria	
	Se respetan los horarios de descanso/ sueño	
	Consecuencias de la salud (dolores, medicación...)	
	Salud general	
	Adecuada movilidad	
	Acceso a ayudas técnicas	

<u>DIMENSIÓN DESARROLLO PERSONAL</u>	<u>INDICADOR DE EVALUACIÓN</u>	<u>EVALUACIÓN</u>
	Educación	
	Habilidades relacionadas con el trabajo	
	Habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa...)	
	Adecuadas habilidades de comunicación y resolución de conflictos	
	Oportunidades de aprendizaje	
	Realización de actividades de la vida diaria	

<u>DIMENSIÓN AUTODETERMINACIÓN</u>	<u>INDICADOR DE EVALUACIÓN</u>	<u>EVALUACIÓN</u>
	Autonomía	
	Metas y preferencias personales	
	Capacidad para tomar decisiones	
	Control personal	

<u>DIMENSIÓN INCLUSIÓN SOCIAL</u>	<u>INDICADOR DE EVALUACIÓN</u>	<u>EVALUACIÓN</u>
	Integración y participación en la comunidad	
	Roles comunitarios	
	Apoyos sociales	

<u>DIMENSIÓN DERECHOS</u>	<u>INDICADOR DE EVALUACIÓN</u>	<u>EVALUACIÓN</u>
	Conocimiento de derechos	
	Ejerce derechos	

2.4 Diagnóstico y plan de intervención

DIAGNÓSTICO Y PLAN DE INTERVENCIÓN

Nº de caso.....

Nombre del niño/a	Edad:
Nombre del 1er tutor/a:	
Nombre del 2º tutor/a:	
Fecha de elaboración:	Nº de caso

<u>Situación problemática</u>	
<u>Formulación del problema</u>	
<u>Hipótesis de acción</u>	

Diagnóstico

<u>Objetivo general</u>	
<u>Objetivos específicos</u>	<u>1-</u>
	<u>2-</u>
	<u>3-</u>

Modelo de intervención

Áreas de intervención

Líneas de intervención²⁴

Objetivo Específico	1.		
Actividad N°1			
Nombre de la Actividad			
Indicador de resultados			
Descripción y metodología de la actividad			
LUGAR	DURACIÓN	FRECUENCIA	OTRAS INSTITUCIONES
RECURSOS			

²⁴ Para cada objetivo específico, se diseñará una línea de intervención con sus correspondientes actividades.

2.5 Seguimiento de la intervención

SEGUIMIENTO DE LA INTERVENCIÓN

Nº de caso.....

Nombre del niño/a:

Nombre del primer/a tutor/a:

Nombre del segundo/a tutor/a:

ESTRATEGIA/ÁREA:	
PROGRAMA DESTINADO EN EL C.M.S.S Delicias:	Responsable:
Medida:	
Objetivo/s previsto/s:	

ACTIVIDADES E INTERVENCIONES	TEMPORALIDAD												RESPONSABLES	OBSERVACIONES
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		

2.6 Informe de alta

INFORME DE ALTA DEL NIÑO/A Y SU FAMILIA

Nº de caso.....

<u>DATOS PERSONALES</u>	
Nombre del niño/a	
Nombre del primer/a tutor/a	
Nombre del segundo/a tutor/a	
Dirección:	C.P:
Ciudad:	Teléfono:

<u>DIAGNÓSTICO INICIAL</u>

<u>INTERVENCIÓN Y ACTIVIDADES LLEVADAS A CABO</u>
<u>ESTADO ACTUAL</u>

RECOMENDACIONES

Profesional

Tutor/a tutores/as

En..... a ____/...../____

2.7 Compromiso de Secreto Profesional y Confidencialidad

COMPROMISO DE SECRETO PROFESIONAL Y CONFIDENCIALIDAD

Don/ña..... D.N.I.....

De Profesión.....Responsable de.....En la institución.....
.....Ubicada en

Consiento en formar parte de este programa y me comprometo a guardar secreto profesional sobre los datos de los usuarios implicados en el programa y a utilizarlos sólo en este contexto ante el resto de profesionales participantes en él, por lo que los datos obtenidos por parte del equipo solo podrán ser utilizados con fines terapéuticos y de formación.

Comprendo el exacto significado de los conceptos de: intimidad, confidencialidad, círculo de confidencialidad y datos de carácter personal.

Asimismo, me comprometo igualmente a custodiar los datos personales en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a esta información de acuerdo con lo estipulado en la Ley Orgánica 15/1999 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal. Garantizaré la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

Soy consciente de los derechos de las personas usuarias como titulares de la información:

"-Derechos de la persona usuaria como titular de la información

-Derecho a la intimidad.

-Derecho al honor.

-Derecho a la protección de datos de carácter personal.

-Derecho a recibir información y a que le sea transmitida de un modo comprensible.

-Derecho a acceder a su información.

-Derecho a ser informada y otorgar consentimiento, cuando sea necesario, para el acceso de profesionales a su información personal (o, en su caso, de su representante).

-Derecho a ser informada y otorgar consentimiento para transmitir información personal a terceros (o, en su caso, de su representante).

- Derecho a la confidencialidad de su información personal y la obligación de sigilo y secreto profesional." (Grupo Promotor del Comité de Ética en Intervención Social del Principado de Asturias, 2013: 115)

Y por lo tanto, no olvidaré que:

- "Las personas usuarias tienen derecho a la protección de su intimidad y a la salvaguarda de la confidencialidad de toda la información de carácter personal a la que accedemos a lo largo de su proceso de intervención.

- Las personas usuarias tienen derecho a que se garantice la confidencialidad de los datos personales recogidos en su historia socio-personal y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización, por nuestra parte tenemos la obligación de custodiar adecuadamente la información personal protegiéndola de posibles intrusiones por parte de personas ajenas y no autorizadas.

- En el desarrollo de nuestra intervención tenemos el deber de mantener el secreto profesional para salvaguardar la intimidad de las personas usuarias y la confidencialidad de su información. Estamos obligados a no revelar ni difundir información personal, tanto de forma directa o indirecta, incluso respecto de familiares de las personas usuarias u otros miembros del Centro/servicio/empresa/ONG que no estén autorizados a acceder a la misma. Este deber se extiende más allá de la extinción del contrato de prestación de servicios o relación profesional, e incluso del fallecimiento de la propia persona usuaria.

- Nuestro acceso a la información conservada en los ficheros (tanto físicos como en soporte informático) debe limitarse a lo estrictamente necesario para la prestación del servicio/intervención que estemos llevando a cabo.

- La información personal solo podrá utilizarse para el fin con el que ha sido autorizada y en ningún caso para finalidades distintas a las relativas a la intervención o gestión del correspondiente servicio.

- Los datos personales deben ser pertinentes, exactos, adecuados, correctos, actualizados, veraces y no excesivos.

- Profesionales y voluntariado hemos de cumplir y respetar las medidas de seguridad, técnicas u organizativas que se establezcan en el Centro/servicio/empresa/ONG... con el fin de cumplir el deber de secreto y garantizar la confidencialidad de toda la información relativa a las personas usuarias.

- El titular de la información es la propia persona usuaria. Por tanto, ha de ser ella quien participe en los procesos de consentimiento informado, sin que sea sustituida en este proceso de toma de decisiones compartidas por ninguna otra persona cercana o familiar o profesional correspondiente, salvo en los casos de incapacidad." (Grupo Promotor del Comité de Ética en Intervención Social del Principado de Asturias, 2013: 113-114).

Y para que así conste manifiesto mi acuerdo explícito.

En..... a ____/...../____

Firma del otorgante

2.8 Encuesta de evaluación para padres/madres y/o tutores

ENCUESTA DE EVALUACIÓN PARA PADRES Y/O TUTORES:

Desde la USMIJ estamos realizando un estudio para conocer su nivel de satisfacción sobre los servicios relacionados con la salud mental que reciben tanto los padres y/o tutores como los niños que acuden al programa diseñado con el fin de mejorar su calidad de vida.

Lea con atención esta encuesta. Le pedimos que basándose en su experiencia y atención recibida marque con una X en la casilla con el valor numérico que refleje su opinión, o considere que se acerca más a lo que usted piensa.

Se utilizará la siguiente Clave de Respuesta numérica, se basa en cinco posibilidades:

1= Nada satisfecho 2=Poco satisfecho 3= Ni satisfecho/ Ni insatisfecho

4=Satisfecho 5=Muy satisfecho

1. El estado en que se encuentran las instalaciones del Centro de tratamiento

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. La ubicación y accesibilidad del Centro de tratamiento

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. La eficacia del tratamiento en la problemática de su hijo/a

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. La atención prestada a las necesidades de su familia

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. El interés de los profesionales por su hijo/a

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. La confianza (seguridad) que los profesionales le transmiten

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. El trato recibido por parte de los profesionales

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. La oportunidad de expresar su opinión al hablar con los profesionales

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. ¿La frecuencia (el tiempo entre visita y visita) de las consultas es la adecuada?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. Durante la consulta ¿el profesional de referencia escucha su opinión?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Muchas gracias por su colaboración.

2.9 Encuesta de evaluación para niños y niñas

ENCUESTA DE EVALUACIÓN PARA NIÑOS Y NIÑAS

Marca con una X en la carita que más se corresponda con tu opinión, o consideras que se acerca más a lo que tú piensas.



NADA



POCO



MUCHO

1. ¿Te ha gustado estar en el Centro?



2. ¿Los trabajadores del Centro han sido simpáticos contigo?



3. ¿Estas contento/a con la atención y el apoyo recibido por parte de los trabajadores del centro?



4. ¿Estas satisfecho/a con la forma en la que te han ayudado los profesionales?



5. ¿Te han gustado las instalaciones del Centro?



6. ¿Hay suficientes juegos en el Centro?



7. ¿Te sientes mejor desde que vienes aquí?



Muchas gracias por tu colaboración.